Eine Untersuchung an Hand von Krankengeschichten der Universitäts-Frauen-Klinik Berlin.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. W. Stoeckel.)

Fehlgeburt und Lebensalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Andreas Friese
aus Küstrin.

Tag der Promotion: 30. September 1935.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

338

Eine Untersuchung an Hand von Krankengeschichten der Universitäts-Frauen-Klinik Berlin.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. W. Stoeckel.)

Fehlgeburt und Lebensalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Andreas Friese
aus Küstrin.

Tag der Promotion: 30. September 1935.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Gedruckt mit Genehmigung
der
der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Herr Professor Dr. Magnus.

Referent: Herr Oberarzt Dr. Caffier.

Korreferent: Herr Prof. Dr. Stoeckel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Friedrich Burgdörfer schreibt in der Einleitung seines Buches „Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung, die Lebensfrage des deutschen Volkes“ folgenden schwerwiegenden Satz: „Das deutsche Volk hat aufgehört, ein wachsendes Volk zu sein!“ Liegt darin schon das Todesurteil Deutschlands? Sind wir wirklich schon ein sterbendes Volk? Und wie konnte es dazu kommen, daß Deutschland, das noch Ende des vorigen Jahrhunderts zu den fruchtbarsten Völkern Europas gehörte, einen so rapiden Geburtensturz in wenigen Jahrzehnten erlebte?

Zwei Wege können zu einem Rückgang der Geburten führen. Bei dem einen haben wir es mit einer willkürlichen Beschränkung der Geburten zu tun, bei dem anderen könnte es sich um ein organisches Versagen des Volkskörpers, insbesondere der Frauen handeln. Daß das letztere die Ursache für den Geburtenrückgang in Deutschland sei, ist nur von wenigen Autoren behauptet worden. Zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und unnatürliche Lebensweise, etwa körperliche Untätigkeit oder Unsitten wie Nikotinabusus, auch übermäßig und falsch betriebener Sport sollen zum Rückgang der Fruchtbarkeit führen können. (H. Stieve: „Unfruchtbarkeit als Folge unnatürlicher Lebensweise“. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens 1926). Andere wollen die Zunahme der Geschlechtskrankheiten dafür verantwortlich machen, daß die Frauen nicht mehr soviel gebären wie früher. Diese Gründe mögen wohl mitwirken, aber sie können doch nur einen kleinen Teil des gewaltigen Geburtenrückganges erklären.

Der andere Weg des Geburtenrückgangs ist die willkürliche Beschränkung der Geburten, die entweder in der Vermeidung der Schwangerschaft durch die Präventivtechnik oder in der verfrühten künstlichen Beendigung einer Gravidität, in der Abtreibung besteht. Eine fast unübersehbare Literatur beschäftigt sich mit diesen Fragen, mit den inneren und äußeren Ursachen der Geburtenbeschränkung, dem Beginn, der Ausbreitung, den Folgen und Auswirkungen.

Für Deutschland liegen die allerersten Anfänge des Geburtenrückgangs schon in den letzten Jahren des vorigen Jahrhunderts. Durch das Absinken der Sterbeziffern, insbesondere bei den Säuglingen, das uns die Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft gebracht hat, war dieser Rückgang aber noch nicht deutlich geworden. Erst in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts ist das immer schnellere Absinken der Geburtenzahlen nicht mehr zu übersehen. Dieser Absturz geschah schließlich so schnell und tief, daß wir sogar das „klassische Land des Geburtenrückgangs“, Frankreich, schon hinter uns

gelassen haben. In Frankreich wurde bereits in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts Geburtenbeschränkung geübt. Man wollte vermeiden, daß der Besitz des einzelnen, der nach dem dortigen Recht unter die Kinder gleichmäßig verteilt werden muß, sich zu sehr zersplittert, und nahm deshalb zu dem Zweikindersystem seine Zuflucht, hielt sich aber fast durch ein ganzes Jahrhundert auf der gleichen Höhe der Geburtenzahlen.

Auf die vielen Begründungen, mit denen der Geburtenrückgang in Deutschland erklärt wird, können wir hier nicht genauer eingehen, es sollen nur kurz einige erwähnt werden. Man beschuldigt zum Beispiel die Vergroßstädterung und Industrialisierung und die damit verbundene wirtschaftliche Not weiter Kreise, begründet den Rückgang der Geburten durch soziales Elend und Raumnot, oder gerade umgekehrt durch übertriebenen Luxus und Wohlstand. Andere halten politische Ideen für die Ursache, beziehungsweise das Fehlen einer Weltanschauung oder einer religiösen Überzeugung. In neuester Zeit macht man den Frauenüberschuß und seine ungünstigen Einwirkungen auf die allgemeine Moral, das Familien- und Eheleben dafür verantwortlich. (I. Hiwehrt u. P. Franke: „Frauenüberschuß und Geburtenrückgang"). Wahrscheinlich ist es aber in Wahrheit nicht die eine oder andere dieser verschiedenen Ursachen allein, die zu dem Geburtenrückgang geführt haben, sondern sie werden mehr oder weniger alle gemeinsam eine Rolle dabei spielen.

Ehe sich diese verschiedenen Ursachen, die zu einem Rückgang der Geburten führen können, aber auswirken konnten, mußten die Möglichkeiten einer Beschränkung der Geburten geschaffen und allmählich in immer weiteren Kreisen bekannt werden. Diese beiden Möglichkeiten sind, wie wir schon vorher erwähnt haben, die willkürliche verfrühte Beendigung einer Schwangerschaft, die Abtreibung und die Vermeidung einer unerwünschten Schwangerschaft durch die Mittel der Konzeptionsverhütung. Eine statistische Erfassung der Ausbreitung und des gesamten Umfanges der Konzeptionsverhütung ist nun auch nicht einmal annähernd möglich. Die Antworten, die einzelne Untersucher von einigen Frauen auf Grund eines besonderen Vertrauensverhältnisses auf die Frage hiernach erhielten, darf man nicht verallgemeinern und als Grundlage für größere Berechnungen benutzen. Man könnte höchstens aus dem Rückgang der Konzeptionen auf die zunehmende Ausbreitung der Präventivtechnik schließen, weiß dann aber immer noch nicht, wieviel andere Gründe, etwa lokale oder allgemeine Erkrankungen der Frauen bei dem Rückgang der Konzeptionen eine Rolle spielen, und welchen Anteil sie im einzelnen daran haben.

Es bleibt also nur eine statistische Erfassung der willkürlichen Schwangerschaftsbeendigung übrig, wenn wir die Ausmaße der Geburtenbeschränkung kennen lernen wollen. Hier stoßen wir aber wieder auf eine neue Schwierigkeit. Die willkürliche Schwangerschaftsunterbrechung steht bekanntlich unter hoher Strafe, es wird also alles getan werden, um diese Eingriffe nicht bekannt werden zu lassen. Die Furcht vor dem Gesetz und der Strafe geht sogar so weit, daß selbst spontan erfolgte Fehlgeburten verheimlicht werden, damit man nicht etwa glaubt, daß doch „etwas gemacht worden ist". Nimmt man doch in weitesten Kreisen der Bevölkerung jetzt an, daß eine Fehlgeburt kaum von selbst, sondern immer nur durch einen Eingriff in Gang kommt, ein Beweis dafür, wie verbreitet die Abtreibung ist.

In der Literatur werden für die sogenannte „natürliche Fehlgeburt", die also von selbst ohne Kunsthilfe eintritt, verschiedene Werte angegeben. A. Bluhm errechnete aus den Angaben von 31 Pastorenfamilien, daß 7,5% aller Konzeptionen durch Abort endeten, die sie alle für natürliche Fehlgeburten hält. Siegel kommt bei ähnlichem Material zu dem Wert von 8%. Bumm und andere halten diese Zahlen für zu hoch und nehmen nur 5% an. Vollmann meint, daß 10—15%, und Hansberg, daß 5—30% aller Aborte auf natürliche Weise erfolgen.

Wenn wir nun die Anzahl aller Aborte registrieren, ohne dabei die heikle Frage zu stellen, ob sie von selbst oder durch einen verbotenen Eingriff in Gang gekommen sind, können wir durch Abzug eines geringen Hundertsatzes von etwa 5—15% für die „natürlichen" Fehlgeburten von dieser Gesamtzahl errechnen, wie groß die Ausmaße willkürlichen Schwangerschaftsunterbrechung sind, welchen Anteil also die Abtreibung an dem Geburtenrückgang hat.

In einigen Städten, zum Beispiel in Halle und Magdeburg sind Statistiken über Fehlgeburten aufgestellt worden, für die die Meldungen von Ärzten, Hebammen und Standesämtern die Grundlage bildeten. Diese Ergebnisse sind aber nicht sehr zuverlässig, da die gesamte geheime Abtreibung hierdurch nicht erfaßt wird, und auch die Meldung der übrigen Fehlgeburten offenbar sehr lückenhaft geschieht. Peller berichtet von Wien, daß in den Kliniken und Krankenhäusern Wiens mehr Aborte gezählt wurden, als für die ganze Stadt offiziell gemeldet waren.

Einigermaßen zuverlässige Zahlen über Aborte wird man dagegen aus Frauenkliniken und Krankenhäusern erhalten. Hier werden die Aussagen über Fehlgeburten auf Grund eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zum Arzt gemacht, der sich für das Schicksal seiner Patientinnen interessiert und nicht das Organ einer Be-

hörde ist, das nach strafbaren Handlungen forscht. Auf die Nachteile des Klinikmaterials, insbesondere des auf der Vorgeschichte aufgebauten Materials als Grundlage einer Statistik gehe ich nachher noch ein.

Für meine Untersuchungen über das Thema „Fehlgeburt und Lebensalter" standen mir die Krankengeschichten der Universitätsfrauenklinik Berlin zur Verfügung. Um eine Entwicklung durch einen möglichst großen Zeitraum zu verfolgen, habe ich alle 10 Jahre je 2 aufeinanderfolgende Jahre ausgewählt und zwar die Jahre 1900/1901, 1910/1911, 1920/1921, 1930/1931. In diesen Jahren durchforschte ich sämtliche Krankengeschichten der Klinik auf Aborte und berücksichtigte dabei nicht nur die Fehlgeburten, die der Anlaß zur Behandlung waren sondern auch alle Aborte, die in der Anamnese angeführt waren.

Es sollte bei meiner Untersuchung nun nicht nur die Entwicklung der Häufigkeit der Aborte im Laufe der letzten Jahrzehnte festgestellt werden, sondern zugleich verfolgt werden, welche Beziehungen zwischen Lebensalter und Abort bestehen und wie sich dieses Verhältnis im Laufe der Zeit verschoben hat. Es sollte nachgeprüft werden, ob etwa, um ein Beispiel zu nennen, die Frauen des Jahres 1900 am meisten Fehlgeburten zwischen 30 und 40 Jahren hatten und im Jahre 1930 etwa schon bei den 20—25jährigen Frauen dieser Gipfelpunkt erreicht ist. Wenn dies der Fall wäre, könnte man daraus schließen, daß die jungen Frauen der letzten Jahre schon gleich zu Anfang ihrer Geschlechtstätigkeit zur gewollten Schwangerschaftsunterbrechung ihre Zuflucht nehmen, während die Frauen um 1900 mehr gegen Ende ihrer Generationsperiode abortieren, nachdem sie schon eine größere Zahl von Kindern zur Welt gebracht haben. Für eine Häufung der Aborte bei den Frauen um 1930 gerade in den jungen Jahren kann man wohl mit Recht das Fehlen des Gebärwillens verantwortlich machen. Denn daß man in letzter Zeit den überwiegenden Teil der Fehlgeburten, ja fast alle als gewollte Schwangerschaftsunterbrechung, als Abtreibung ansehen kann, zeigen viele Untersuchungen. Bumm gab schon 1916 an, daß unter 100 Fehlgeburten 89 durch einen verbotenen Eingriff in Gang gekommen waren, Schäfer gibt für dasselbe Verhältnis die Zahl 66,33 an, Hirsch für eine städtische Bevölkerung 77, für das Land 55. Olshausen hält 80—90% aller fieberhaften Aborte für kriminell. Mit den oben angeführten Werten für die „natürliche" Fehlgeburt würden wir zu ähnlichen Zahlen für die Abtreibungen unter den Aborten kommen. Man kann also mit einer gewissen Berechtigung aus einer Zunahme der Fehlgeburten auf eine Zunahme der Abtreibungen und damit auf eine Abnahme des Gebärwillens schlies-

sen. Bei den älteren Frauen um 1900 wird man noch nicht einen so hohen Prozentsatz von Abtreibungen unter den Aborten annehmen dürfen, da die Einstellung der Bevölkerung zu der Schwangerschaft und der Möglichkeit ihrer willkürlichen Unterbrechung noch eine andere war als um 1930. Ein großer Teil der Fehlgeburten wird sich bei diesen Frauen dadurch erklären lassen, daß ihr Organismus durch viele vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen gewissermaßen ermüdet war. Damals hatten doch die Frauen oft bis zu 10, ja noch mehr Kinder zur Welt gebracht. Und zu diesem rein zahlenmäßigen Unterschied in der Geburtenhäufigkeit der Frauen von damals und der Frauen von jetzt kommt noch hinzu, daß die Frauen früher meist schwerer körperlich arbeiten mußten, auch nicht die sachgemäße Pflege bei ihren häufigen Entbindungen haben konnten wie die Frauen heute.

Man könnte nun ja annehmen, daß auch bei den heutigen Frauen organische Veränderungen an der Zunahme der Aborte schuld sind, oder wenigstens in größerem Maße beteiligt sind. Wie schon vorher erwähnt, halten einige Untersucher die Zunahme der Geschlechts- und anderer Genitalerkrankungen für die Ursache des Anstiegs der Aborte. Im allgemeinen werden diese Erkrankungen aber wohl eher eine Sterilität als häufiges Abortieren bedingen. Dafür, daß diese Erkrankungen eine ebenso untergeordnete Rolle bei der Frage nach der Ursache der Aborte spielen wie die anderen angeführten Schädigungen wie Müßiggang oder übertriebener Sport, spricht erstens der Nachweis von B u m m und anderen, daß bis zu 90 von 100 Aborten als Abtreibungen anzusehen sind; und zweitens zeigen es uns die allerneusten Statistiken, die ein Wiedererwachen des Gebärwillens bezeugen. Denn eine Zunahme der Geburten seit 1933 gegenüber den früheren Jahren kann man nicht durch eine Änderung in der Gebärfähigkeit der Frauen, bedingt durch eine organische Veränderung erklären, sondern doch nur durch eine andere Einstellung der Frauen und der Gesamtheit zum Kind, also durch eine Zunahme des Gebärwillens.

Schon in den ersten Monaten des Jahres 1933 kommt es zu einem Stillstand oder wenigstens zu einem langsameren Absinken der sonst rapide stürzenden Geburtenzahlen in Deutschland. Diese Änderung der Geburtenzahlen so bald nach der Machtübernahme durch die nationalsozialistische Regierung wird wohl mit Recht auf den Rückgang der Abtreibungen zurückgeführt. Eine Zunahme der Konzeptionen kann sich auf die Geburtenzahlen ja erst in den späteren Monaten des Jahres 1933 oder sogar bei den auf Grund der Ehestandsdarlehen ermöglichten Ehen erst Anfang 1934 auswirken. 1933 betrug die Zahl der Lebendgeburten auf 1000 Einwohner nur 14,7, in den Großstädten sogar nur 10,9. Im 1. Vierteljahr des Jahres

1934 sind dagegen schon wieder 17,2 und im 2. Vierteljahr sogar 18,1 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner. In den Großstädten lautet im Juli 1934 die entsprechende Zahl 15,0 statt 10,9 im Jahre 1933. (Burgdörfer im Archiv für Bevölkerungswissenschaft). Als Hinweis, welche Rolle die Fehlgeburten bei dem erfreulichen Wiedererwachen des Gebärwillens spielen, sei erwähnt, daß bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin im Jahre 1929 einer Zahl von 5900 Geburten 6100 Fehlgeburten gegenüberstanden (also ein Verhältnis von 100 : 103), im August 1934 dagegen 1464 Geburten einer Zahl von nur 461 Fehlgeburten, (also ein Verhältnis von 100 : 31,5).

Ehe wir nun an die zahlenmäßige Darstellung unserer Untersuchung über das Thema „Fehlgeburt und Lebensalter" gehen, ist es vielleicht angebracht, hier eine kritische Bewertung der zur Verfügung stehenden Krankengeschichten und ihrer Eignung für statistische Untersuchungen im allgemeinen und für unsere Fragestellung über die Aborte im besonderen einzufügen. Wie schon erwähnt, habe ich nicht nur die Fehlgeburten registriert, die für die Frauen der jeweilige Anlaß der Klinikbehandlung waren, sondern auch alle Aborte, die in der Vorgeschichte der Krankengeschichten angeführt sind. Man gelangte dadurch zu einem großen Zahlenmaterial, das ja für statistische Berechnungen und Vergleiche unbedingt notwendig ist. Allerdings erhöht man durch die Verwendung anamnestischer Angaben auf der anderen Seite wieder etwas die Unsicherheit in statistischen Untersuchungen. Und hier liegt eine Ursache für die große Vorsicht, mit der unsere Zahlen zu weiteren Berechnungen und Vergleichen verwendet werden müssen.

Wenn eine Frau wegen eines Aborts in die Behandlung der Klinik gelangt, ist die Frage, ob sie schon früher abortiert hat, fast selbstverständlich. Wird man sich doch zum Beispiel bei einem Abortus imminens sicher in der Prognosestellung, vielleicht aber auch in der Therapie etwas anders verhalten, wenn angegeben wird, daß schon mehrere Fehlgeburten stattgefunden haben, als wenn dies nicht der Fall ist.

Ähnlich interessiert an der Frage nach früheren Aborten ist man bei Patientinnen der geburtshilflichen Abteilung. Eine auffällige Häufung von Fehlgeburten läßt doch an eine Unterfunktion des Genitale denken, es sei denn, man nimmt Abtreibung als Ursache der Aborte an. Aber auch gerade die mit der Abtreibung sicher verbundene Schädigung wird ebenso wie die Tatsache häufiger Ausschabungen, die ja die meisten Fehlgeburten, seien sie spontane oder kriminelle, beenden, bei der Verwertung der Anamnese für die Entbindung eine Rolle spielen. H. Zachert und E. Richter geben neben allgemeinen Schädigungen auch Störungen der nach Aborten folgenden

Entbindungen an und finden doppelt so viel Plazentarretentionen, 2½ mal so oft Nachgeburtsblutungen und 2—3 mal so oft primäre Wehenschwäche. Aus Rußland veröffentlicht man jetzt Statistiken, aus denen ein ungünstiger Einfluß der vermehrten Schwangerschaftsunterbrechungen nach der Freigabe durch den Staat auf die späteren Entbindungen hervorgeht. So schreibt zum Beispiel A. Klein: „Die Geburtskomplikationen mehren sich in erschreckender Weise; so beobachtet man besonders gehäuft die Plazenta praevia, die Plazenta acreta, schwere Nachgeburtsblutungen, ferner eine Zunahme der Querlage". Die Häufung dieser Geburtskomplikationen, die man auch bei uns in den Großstädten im Gegensatz zu ländlichen Bezirken beobachtet, hat wohl auch zum Teil ihre Ursache in den häufigeren Fehlgeburten und Ausschabungen der städtischen Frauen. Es ist also nach diesen Ausführungen naheliegend, wenn bei den Frauen, die wegen eines Aborts oder zur Entbindung in die Klinik kommen, im allgemeinen auf die Frage nach überstandenen Fehlgeburten und ihre schriftliche Festlegung in der Krankengeschichte großer Wert gelegt wird.

Etwas anders liegt diese Frage nun wohl bei den Frauen, die nicht wegen eines Aborts oder zur Entbindung kommen. Es soll nicht behauptet werden, daß das Forschen nach überstandenen Fehlgeburten bei einer Adnexerkrankung oder beim Carcinom des Genitale überflüssig wäre, sondern im Gegenteil scheint mir die Frage nach Aborten in diesem Zusammenhang besonders wichtig zu sein. Eine ganze Reihe Erkrankungen steht doch in mehr oder weniger direktem Zusammenhang mit überstandenen Fehlgeburten. E. Fecht schreibt im „Deutschen Ärzteblatt" 1935, 1: „Wir nehmen an, daß in Deutschland jährlich eine halbe Million Abtreibungen vorgenommen werden. An den Folgen der Abtreibungen sterben wenigstens 80000 Frauen (sofort oder in den nächsten 5 Jahren) an Verblutungen, septischen Erkrankungen und anderen Krankheiten, weitere 300000 erkranken infolge der Eingriffe und davon bleiben dauernd leidend mindestens 150—200000". Auch die Zunahme der Tubargraviditäten in den letzten Jahren erklärt man durch die Zunahme der Aborte. (E. Bernhard). Im allgemeinen ist nun bei den Erkrankungen, die die Frauen auf der septischen und aseptischen Abteilung aufweisen, ein direkter Zusammenhang mit einer überstandenen Fehlgeburt nicht immer ohne weiteres klar und nachweisbar und wohl auch nur bei einem Teil der Erkrankungen als gegeben anzunehmen. Ich will nun nicht entscheiden, ob deswegen die Aborte der Vorgeschichte weniger bewertet und nicht so gewissenhaft schriftlich fixiert werden, oder ob die Tatsache, daß die Frauen der septischen und aseptischen Abteilung zum Teil so auffällig wenig Fehlgeburten in der Anamnese aufweisen, eher dadurch zu erklären

ist, daß bei diesen Frauen lokale oder allgemeine Erkrankungen zu einer Sterilität beziehungsweise geringeren Konzeptionszahl und damit niedrigeren Abortzahl geführt haben.

Neben dieser Verschiedenheit in der Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben über Aborte, die gewissermaßen in dem jeweiligen Anlaß der Klinikbehandlung begründet ist, müssen noch andere Ursachen angeführt werden. Ein größerer Teil der Fehlgeburten, zumindestens der kriminellen wird auch dem Arzt trotz des sonst bestehenden Vertrauensverhältnisses aus Furcht vor dem Gesetz und seiner Strafe verheimlicht werden. Verheiratete Frauen werden die Angaben über Aborte vermeiden, wenn sie damit zugeben würden, daß sie schon vor der Ehe geschlechtlich verkehrt haben. Diese Vorsicht treffen wir besonders bei den besser gestellten Kreisen, die aber auch ganz allgemein selbst bei spontanen Fehlgeburten während der Ehe aus einem gewissen Schamgefühl heraus mit ihren Angaben sehr zurückhaltend sind. Daß wir bei Unverheirateten auf die Frage nach Aborten unzuverlässige und falsche Auskünfte erhalten werden, braucht wohl nicht näher begründet und betont zu werden.

Bei den falschen Angaben über Fehlgeburten werden entweder alle Aborte geleugnet oder ihre Zahl wird auf ein „erträgliches" Maß herabgesetzt. So hatte uns eine berliner Arbeiterfrau anfangs „nur" 20 überstandene Fehlgeburten beziehungsweise Kürettagen wegen Blutungen angegeben, später aber sprach sie von 30, die sie dann sogar zeitlich auseinander hielt. Auf unser Erstaunen wegen dieses Widerspruchs meinte sie, sie hätte nicht gleich die richtige Zahl zu sagen gewagt: „Was hätten Sie dann gleich von mir gedacht?"

Aber nicht nur absichtliches Verschweigen führt zu falschen Zahlen der Aborte, sondern auch oft Unkenntnis. Fehlgeburten in den ersten 2 Monaten werden nur zu oft nicht als solche erkannt, sondern von vielen einfach als „unregelmäßige Blutung" bezeichnet. Diese falsche Bewertung wird natürlich verschieden stark verbreitet sein, je nachdem die Frauen auf Grund ihrer Erfahrung und Bildung diese Vorgänge beurteilen können oder nicht, oder ob sie einen Arzt aufsuchten oder nicht.

Daß eine alte Frau, die zum Beispiel wegen eines Carcinoms zur Aufnahme kommt, über ihre Fehlgeburten nicht mehr genaue Angaben machen kann, wird man sicher oft genug einfach durch Vergeßlichkeit erklären können. Außerdem beantworten manche von diesen Frauen die Frage ungenau, weil sie ihren Sinn nicht einsehen können und weil sie selbst viel zu sehr mit ihrer jetzigen Krankheit und den fremden Eindrücken im Krankenhaus beschäftigt sind.

Noch ein anderer Umstand kann die Zuverlässigkeit in den Zahlen der Aborte, die sich auf die Anamnese stützen, stark beeinflussen. Es kommt dabei sehr auf denjenigen an, der die Krankengeschichten abfaßt, ob zum Beispiel persönliches oder wissenschaftliches Interesse gerade an diesen Fragen vorliegt oder nicht. Nur zu oft ist die Frage nach Fehlgeburten schwierig zu stellen, nur zu oft wird sie vermieden, um die Patientinnen nicht in Verlegenheit zu bringen, oder als nutzlos unterlassen, „da ja doch geschwindelt wird". Oder sie wird umgangen, um nicht das Vertrauen, das sich der Arzt vielleicht erst mühsam erworben hat, durch diese heikle Frage zu verlieren. Wie sehr es in dieser Hinsicht auf die Persönlichkeit des Fragenden ankommt, sei dadurch belegt, daß es B u m m bei seinen Untersuchungen über die Häufigkeit der Abtreibungen im Jahre 1916 gelang, daß von 100 abortierenden Frauen 89 einen verbotenen Eingriff zugaben. Sonst wird dieser Weg, sich ein Bild über die Ausbreitung der Abtreibung zu machen, grundsätzlich als nicht gangbar abgelehnt, da man nur falsche Antworten erwarten muß. Bei der Frage nach Fehlgeburten überhaupt, also ohne die besondere Frage nach der Entstehung etwa durch einen strafbaren Eingriff, verhält es sich im allgemeinen ähnlich. Dem einen Arzt werden relativ viel Aborte in der Anamnese angegeben werden, dem anderen nur wenig.

Abgesehen von der Zuverlässigkeit der anamnestischen Zahlenangaben liegen in der Besonderheit des klinischen Materials noch andere Gründe, die eine kritische Beurteilung der gefundenen Ergebnisse verlangen. In der großen Spanne Zeit, die durch die Untersuchung umfaßt wird (von 1900—1931), hat sich natürlich vieles in dem Gesamtbild der behandelten Frauen geändert. In einigen Jahrgängen liegt offenbar eine Zunahme der Aufnahme und Behandlung von Frauen wegen Abort vor, die man sicher nicht nur durch eine absolute Zunahme der Fehlgeburten etwa der Berliner Bevölkerung erklären darf. Bei einem Material, das sich auf Krankengeschichten einer Klinik durch so lange Zeit stützt, muß man noch andere Faktoren berücksichtigen, die einen Einfluß auf die Häufigkeit der in der Klinik gezählten Aborte haben können. Es bleibt zum Beispiel das soziale Milieu der Frauen nicht das gleiche, oder es liegt vielleicht an der Leitung der Klinik oder einzelner Abteilungen, beziehungsweise an ihrem Ruf in der Bevölkerung, oder an den Hebammen, die die Ärzte der Klinik in Anspruch nehmen oder an den einweisenden Ärzten, ob relativ viel Frauen wegen Abort aufgenommen werden oder nicht. Es werden also in einem Material einer Klinik die Zahlen über die Häufigkeit der Fehlgeburten oft nicht in dem gleichen Sinne steigen und fallen wie bei den Statistiken über anderes Material, zum Beispiel auch der Stadt, in der die Klinik

liegt. Ganz allgemein muß überhaupt darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den Kranken einer Universitätsklinik in einer Großstadt um gewissermaßen ausgesuchtes Material handelt, sodaß man die hier gefundenen Zahlen nicht ohne weiteres auf die Allgemeinheit übertragen darf. Universitätskliniken werden aus finanziellen Gründen vorwiegend von ärmeren Bevölkerungsschichten aufgesucht, am meisten natürlich in Notzeiten, und zwar im wesentlichen von einer Großstadtbevölkerung. Auf der anderen Seite werden wegen des Rufs der Klinik und ihrer leitenden Ärzte gerade die Gebildeten und die finanziell besser gestellten Kreise aus der Stadt, aber auch aus ihrer weiteren ländlichen Umgebung diese Klinik aufsuchen. Wir erhalten also bei den Kranken der Universitätsklinik eine ganz besondere Schichtung, die sich nicht mit der der Gesamtbevölkerung vergleichen läßt, und deren Besonderheit auch nicht ohne Einfluß auf die hier zu behandelnde Frage über Fehlgeburt und Lebensalter ist. Diese Tatsache wird uns zur Vorsicht bei Rückschlüssen von unseren Ergebnissen auf die Verhältnisse der Gesamtbevölkerung mahnen, und andererseits wird sie uns eine Erklärung dafür geben, daß feststehende Ergebnisse über diese und ähnliche Fragen, die bei der Gesamtbevölkerung oder bestimmten Bevölkerungsgruppen gefunden worden sind, nicht genau so auch bei unseren Untersuchungen in Erscheinung treten.

Wie wir anfangs erwähnt haben, standen uns für unsere Untersuchungen über die Frage „Fehlgeburt und Lebensalter" Krankengeschichten der Universitätsfrauenklinik Berlin zur Verfügung; hieraus wählte ich die der Jahre 1900, 1901, 1910, 1911, 1920, 1921 und 1930, 1931 aus. Es hat sich dabei um insgesamt 40032 Krankengeschichten gehandelt, die sich auf die einzelnen Jahrgänge folgendermaßen verteilten:

im Jahre	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
	5491	5332	4860	5360	4529	4311	5470	4679

Zusammen: 40032 Krankengeschichen.

Wenn man jeweils die beiden aufeinanderfolgenden Jahrgänge zusammenfaßt, um mehr zufällige Schwankungen auszuschalten, erhält man folgende Zahlen:

in den Jahren	1900/1901,	1910/1911,	1920/1921,	1930/1931.
	10823	10220	8840	10149

Krankengeschichten.

Bis auf die Jahre 1920/21, in denen die Belegzahl in der Klinik auffällig gering war, wofür man wohl mit Recht die besonders große wirtschaftliche Not dieser Zeit nach dem Kriege und der Revolution verantwortlich machen kann, haben in den verglichenen Zeiträumen etwa gleich viel Frauen die Klinik in Anspruch genommen.

Innerhalb der einzelnen Jahrgänge waren die Krankengeschichten nach den verschiedenen Abteilungen der Universitätsfrauenklinik zusammengefaßt. Es handelt sich hierbei um die geburtshilfliche Station der Klinik mit den Frauen, die die Entbindung erwarten, die gebären oder sich im Wochenbett befinden, um die aspetische Abteilung, auf der die Patientinnen liegen, die nicht zur Enbindung kommen und keine fieberhafte Erkrankung haben, also auch Abortierende, und um die septische Abteilung, auf der alle Fiebernde, also auch Abortierende behandelt werden. Schließlich werden noch von der geburtshilflichen Poliklinik, deren Ärzte zu Entbindungen und Fehlgeburten in die Privathäuser der Stadt gerufen werden, Krankengeschichten geführt.

Unsere Untersuchung umfaßt also Frauen jeden Alters, Ledige und Verheiratete, Frauen, die entbunden oder abortiert haben und solche, die noch nie gravide gewesen sind; Frauen, die früher stets gesund gewesen sind und solche, die schon häufig Erkrankungen durchgemacht haben; Frauen, die aus den verschiedensten Gründen zur Behandlung kommen, sei es zur Entbindung, sei es wegen eines Aborts oder wegen Erkrankungen des Genitale, wie etwa wegen Adnexitis oder wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren. Oder die Frauen kommen zur Sterilisation oder Interruptio wegen irgendeiner schweren Allgemeinerkrankung, oder wegen einer Pyelitis oder zu plastischen Operationen etwa bei Blasen- oder Ureterfisteln. Diese wenige Beispiele aus der Fülle der Erkrankungen, mit denen die Frauen in die Behandlung der Klinik gelangen, sollen einen Eindruck geben, wie mannigfaltig das zur Verfügung stehende Material ist, und wie viel Faktoren bei unserer Untersuchung über die Aborte eine Rolle spielen können wegen der Besonderheiten und der Mannigfaltigkeit des Materials.

Wenn man nun innerhalb der einzelnen Abteilungen der Klinik die Zahlen in den untersuchten Jahrgängen vergleicht, erhält man einige interessante Ergebnisse. So steigen zum Beispiel die Zahlen der auf der geburtshilflichen Abteilung Behandelten vom Jahre 1900 bis zum Jahre 1931 ständig an. Hier stoßen wir zum ersten Mal auf die in der Einleitung erwähnte Tatsache, daß sich die Zahlen, die in dieser Arbeit gefunden werden, jedenfalls nicht, soweit es sich um absolute Zahlen handelt, mit den bei anderem Material festgestellten Ergebnissen vergleichen lassen. Denn in den Jahren 1900 bis 1931 haben wir doch in Wirklichkeit nirgends eine Zunahme der Gebur-

tenziffern, zum Beispiel weder in Berlin noch in Deutschland. Um 1900 kamen in Deutschland noch über 30 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner, 1933 nur noch 14,7. Die Zahlen der in der Klinik stattfindenden Entbindungen steigen aus anderen Gründen an, die wir zum Teil schon in der Einleitung erwähnt haben. Der Ruf der Klinik und ihrer Ärzte wächst, die in der Stadt praktizierenden Ärzte weisen deshalb häufiger ein, vielleicht aber auch, weil die Geburtskomplikationen häufiger werden oder das Vertrauen der Bevölkerung zu den Ärzten in der Stadt bei Entbindungen geringer geworden ist. Es wird die Klinik oft schon von vornherein aus Angst vor Komplikationen bei der Entbindung, aber auch, weil es „modern" ist, aufgesucht. Ein anderer Grund ist der, daß eine Universitätsklinik aus finanziellen Gründen von der ärmeren Bevölkerung in Anspruch genommen wird, deren Not in den letzten Jahren ja immer mehr anstieg. Unter den Frauen dieser Kreise sind es besonders die ledigen Mütter, deren Zahl überhaupt ständig zunimmt. Für sie ist eine Klinik oft die einzige Unterkunft für die Zeit der Entbindung und die Wochen nachher. Alle diese Gründe führen zu dem auf den ersten Blick unverständlichen Ansteigen der Entbindungen in der Klinik während der Zeit von 1900 bis 1931.

Etwa dieselben Gründe sind es, die im Gegensatz dazu einen zahlenmäßigen Rückgang der von der geburtshilflichen Poliklinik wegen Entbindungen oder Fehlgeburten in den Privathäusern betreuten Frauen bedingen. Hierbei ist vielleicht außer den angeführten Gründen noch wichtig, daß die Poliklinik in den letzten Jahren meist nur in ganz dringenden, lebensbedrohlichen Zuständen gerufen wurde, während die übrigen Entbindungen und Aborte der Außenpraxis mehr und mehr von den in der Stadt praktizierenden Ärzten, deren Zahl in der letzten Zeit ständig anstieg, besorgt werden. Ein Teil des Rückgangs der Zahlen der poliklinischen Abteilung wird sich aber doch aus dem allgemeinen Rückgang der Geburten erklären lassen. Im Jahre 1931 hatte Berlin nur noch 8,7 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner, (für Paris lauten die entsprechenden Zahlen für 1933 14,7, für London 15,8, für New Yorck über 20), im Jahre 1901 dagegen waren in Berlin noch 27,7 Geburten auf 1000 Einwohner erfolgt. Die eheliche Fruchtbarkeitsziffer, das heißt die Zahl der ehelichen Geburten auf 1000 verheiratete Frauen von 15—45 Jahren, fällt für Berlin von 169,9 im Jahre 1900/1901 auf 58,8 im Jahre 1927. Es ist wohl klar, daß sich dieses katastrophale Absinken der Geburten in Berlin, das dadurch mit 10 anderen deutschen Großstädten im Jahre 1932 vor allen anderen Städten der Welt sogar einen Sterbeüberschuß hat, auch in unseren Zahlen auswirken wird. (Der Sterbeüberschuß betrug 1932 in Berlin 29 auf 10000 Einwohner).

Die Anzahl der auf der septischen und aseptischen Abteilung der Klinik Behandelten hat in der Zeit von 1900 bis 1931 allmählich zugenommen, wenn auch nicht in dem Maße wie auf der geburtshilflichen Abteilung. Daß bei diesen beiden eben genannten Abteilungen eine Zunahme der behandelten Frauen eintrat, ohne daß die zur Verfügung stehende Bettenzahl wesentlich vermehrt werden konnte, liegt daran, daß die Behandlungsdauer vieler Krankheiten durch die Fortschritte der ärztlichen Therapie im Sinken begriffen ist und so einen schnelleren Wechsel der Patientinnen ermöglicht.

Um nun bei den weiteren Untersuchungen, die sich nach dem Thema insbesondere mit dem jeweiligen Lebensalter der Frauen befassen sollen, Vergleichszahlen zu haben, habe ich die 40032 Krankengeschichten nach dem Lebensalter geordnet, in dem die behandelten Frauen bei der Abfassung der Krankengeschichten standen. Je 5 aufeinander folgende Jahre bilden eine Gruppe. Die erste Gruppe umfaßt alle Frauen bis zu 20 Jahren, die nächste die von 21—25 Jahren und so fort. In der letzten Gruppe habe ich zu den 46—50jährigen auch alle Frauen über 50 Jahre mit eingerechnet. Dadurch fällt die letzte Gruppe etwas aus dem Rahmen der übrigen heraus, da sie Frauen mit größeren Altersunterschieden als nur 5 Jahren enthält. Deshalb können wir die Zahlen dieser Gruppe nicht ohne Vorbehalt den Zahlen der übrigen Gruppen gegenüberstellen. Bei der ersten Gruppe fehlt zwar auch eine genaue Begrenzung auf 5 Jahre, aber für die Frage, die hier behandelt wird, wird es sich doch nur um Frauen und Mädchen zwischen 15 und 20 Jahren handeln, also auch mit einem Altersunterschied von 5 Jahren. Die Fälle, bei denen schon vor dem 15. Jahr eine Schwangerschaft vorhanden war, sind glücklicherweise auch an der Berliner Universitätsklinik so selten, daß sie ohne Bedenken in der ersten Gruppe mit angeführt werden können.

Hier möchte ich noch auf einen Punkt aufmerksam machen, der bei der Beurteilung unserer Ergebnisse im allgemeinen wesentlich ist. Wie wir aus der altersmäßigen Aufstellung sehen, befinden sich alle Frauen, deren Aborte, Geburten und Konzeptionen wir registrieren, bis auf die letzte Gruppe noch innerhalb der Generationsperiode. Bei der Mehrzahl der Frauen haben wir also noch keine endgültigen Zahlen vor uns. Unsere Untersuchung ist gewissermaßen nur eine Momentaufnahme. Sie sagt zum Beispiel, daß eine Frau, die im Jahre 1900 als 26jährige in die Behandlung der Klinik kommt, zu diesem Zeitpunkt 3mal konzipiert hat und dabei 2mal eine normale Entbindung und einmal einen Abort durchgemacht hat, daß eine 26jährige im Jahre 1931 in diesem Alter dagegen häufiger abortiert aber weniger oft entbunden hat. Ein Rückschluß auf die Gesamtheit der Frauen ist hieraus nur schwer möglich, zudem wissen wir nicht, ob sich bei

diesen beiden Frauen im Laufe ihres Lebens die endgültigen Zahlen über die Aborte und Geburten nicht schließlich doch noch angleichen oder sogar noch mehr auseinander streben. Oder wir finden, daß im Jahre 1910 unter den 31—35jährigen Frauen ein höherer Prozentsatz abortiert hat, als es im Jahre 1921 bei den gleichaltrigen Frauen der Fall ist. Auch bei diesem Vergleich müssen wir bedenken, daß wir gewissermaßen einen Moment einer Entwicklung erfassen, deren entgültiges Ziel wir aus diesen Zahlen nicht entnehmen können. Im wesentlichen wird deshalb der Vergleich der Entwicklungsphasen des einen Jahres mit denen des anderen Jahres der Gegenstand unserer zahlenmäßigen Gegenüberstellungen sein.

Es soll jetzt die Aufstellung 1 über die altersmäßige Verteilung aller Frauen folgen, die in den untersuchten Jahren in die Behandlung der Klinik kamen.

Aufstellung 1.

Unter den behandelten Frauen befanden sich in den Jahren								
in einem Alter	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	563	614	561	753	362	239	490	370
von 21—25 Jahren	1639	1502	1287	1443	1370	1122	1357	1165
„ 26—30 „	983	734	852	957	974	921	1089	909
„ 31—35 „	638	708	597	576	618	654	648	542
„ 36—40 „	522	494	393	386	393	371	497	336
„ 41—45 „	331	317	251	257	253	257	398	311
v. 46—50 J. u. mehr	631	660	541	416	397	293	942	958
ohne Altersangabe	184	293	378	572	162	454	49	88
zusammen:	5491	5332	4860	5360	4529	4311	5470	4679

Bei der Aufstellung 1 fällt uns auf, daß in den ersten Jahren des Jahrhunderts mehr jugendliche Frauen (bis etwa 25 Jahren) in die Behandlung der Klinik kamen als in den letzten Jahren. Auf der anderen Seite suchten in den letzten Jahren wieder mehr ältere Frauen die Klinik auf, während in den mittleren Altersgruppen in den Jahren 1900—1931 etwa die gleiche Anzahl von Frauen zur Behandlung kam.

Deutlicher werden diese Verhältnisse, wenn wir für die einzelnen Jahre berechnen, welchen Prozentsatz die einzelnen Lebensaltergruppen unter den behandelten Frauen ausmachen und die gefundenen Werte miteinander vergleichen.

Aufstellung 2.

Unter 100 Frauen standen zur Zeit der Klinikbehandlung in einem Alter	in den Jahren 1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	10,25	11,49	11,54	14,04	7,99	5,54	8,95	7,90
von 21—25 Jahren	29,84	28,16	26,47	26,92	30,24	26,00	24,80	24,89
„ 26—30 „	17,90	13,97	17,32	17,85	21,50	21,82	20,63	19,42
„ 31—35 „	11,61	13,27	12,28	10,74	13,64	15,17	11,84	11,56
„ 36—40 „	9,50	9,26	8,08	7,20	8,67	8,60	9,08	7,18
„ 41—45 „	6,02	5,94	5,16	4,79	5,58	5,96	7,27	6,64
v. 46—50 J. u. mehr	11,49	12,37	11,13	7,76	8,76	6,79	17,21	20,47

Auch bei dieser Aufstellung nehmen die Zahlen der jungen Frauen in den letzten Jahren (1920/21 und 1930/31) gegenüber den ersten Jahren (1900/01 und 1910/11) ab, die mittleren Altersgruppen bleiben etwa auf derselben Höhe, die Zahlen der ältesten Frauen steigen dagegen zuletzt erheblich an. Für das Absinken der Zahlen bei den jugendlichen Frauen ist schwer eine Erklärung zu finden. Wie wir vorher gehört haben, ist nämlich bei dieser Altersgruppe in den letzten Jahren eine Zunahme der auf der geburtshilflichen Abteilung Behandelten nachzuweisen. Man kann also nicht den Wegfall von Gebärenden im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang für das Absinken der Belegzahl bei den jugendlichen Altersgruppen verantwortlich machen, der sonst eine Erklärung hätte geben können.

Für das Ansteigen der Belegzahlen bei der letzten Altergruppe kann man wohl als Ursache annehmen, daß mehr als früher Erkrankungen älterer Menschen mit Erfolg operativ und mit Bestrahlungen angegangen werden, wie zum Beispiel das Carcinom, und daß durch die hierbei erzielten Erfolge der Ruf der Klinik in weitere Kreise dringt und deshalb mehr ältere Frauen wegen ihrer Leiden die Klinik aufsuchen als früher. Vielleicht spielt bei diesem Ansteigen der Zahlen für die letzte Altersgruppe ferner die Tatsache eine Rolle, daß die jetzt lebenden Generationen ein bedeutend höheres Durchschnittsalter erreichen, als die Generationen um 1900. Darauf, daß die Verlängerung der Lebensdauer, so begrüßenswert und erfreulich sie an und für sich ist, im Zusammenhang mit dem erschreckenden Geburtenrückgang zur „Vergreisung“ und „Überalterung“ des deutschen Volkes zu führen droht, sei in diesem Zusammenhang kurz hingewiesen.

Unter den eben nach Altersgruppen geordneten 40032 Krankengeschichten fanden sich nun bei 12245 in der Anamnese oder als

Ursache der Krankenhausbehandlung ein oder mehrere Aborte, das wäre ein Hundertsatz von 30,58. Die folgende Aufstellung 3a soll uns auch für diese 12245 Frauen, die abortiert haben, die altersmäßige Verteilung in den untersuchten Jahren, (entsprechend der Aufstellung 1 für alle Frauen) geben.

Aufstellung 3a.

Unter den 40032 untersuchten Krankengeschichten enthielten Aborte								
bei einem Alter der Frauen	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	31	30	35	49	42	46	100	83
von 21—25 Jahren	262	274	208	242	235	261	389	332
„ 26—30 „	463	425	331	344	328	342	447	355
„ 31—35 „	422	472	337	315	273	257	386	297
„ 36—40 „	355	328	203	214	165	160	317	235
„ 41—45 „	136	115	76	103	86	87	153	129
v. 46—50 J. u. mehr	101	78	79	81	97	98	234	222
zusammen:	1770	1722	1269	1328	1226	1251	2026	1653

insgesamt: 12245 Krankengeschichten.

Der Deutlichkeit wegen und um zufällige Schwankungen auszuschalten, habe ich in der Aufstellung 3b je zwei aufeinander folgende Jahre zusammengefaßt und aus ihren Zahlen den mittleren Wert errechnet.

Aufstellung 3b.

Unter den 40032 untersuchten Krankengeschichten enthielten Aborte				
bei einem Alter der Frauen	in den Jahren			
	1900/01	1910/11	1920/21	1930/31
bis zu 20 Jahren	61	84	88	183
von 21—25 „	536	450	496	721
„ 26—30 „	888	675	670	802
„ 31—35 „	894	652	530	683
„ 36—40 „	683	417	325	552
„ 41—45 „	251	179	173	282
v. 46—50 J. u. mehr	179	160	195	456
zusammen	3492	2597	2477	3679

insgesamt: 12245 Krankengeschichten.

In den Jahren 1910/11 und 1920/21 finden sich insgesamt in etwa der gleichen Anzahl von Krankengeschichten Fehlgeburten, die Zahlen für die Jahre 1900/01 liegen bedeutend höher, werden aber noch

mehr übertroffen von den Zahlen für die Jahre 1930/31. In diesen beiden letzten Jahren ist also die Zahl der Frauen die abortiert haben, die höchste. Bei Rückschlüssen aus diesen Zahlen auf die Entwicklung der Abortzahlen im allgemeinen darf man neben anderen Vorbehalten, auf die wir gleich eingehen werden, nicht vergessen, daß bei der letzten Gegenüberstellung nicht nur die Fehlgeburten verwertet sind, die in den betreffenden Jahren der Anlaß der Klinikbehandlung waren, sondern auch alle Aborte der Vorgeschichte, sodaß also eine Zunahme unserer Zahlen in einem Jahr nicht unbedingt ein Ansteigen der Fehlgeburten überhaupt in diesem Jahr zur Voraussetzung haben muß.

Wenn wir in den Aufstellungen 3a und 3b die einzelnen Altersgruppen beachten, finden wir einen erheblichen zahlenmäßigen Anstieg der Krankengeschichten, die Aborte enthalten, bei den Frauen bis zu 25 Jahren im Verlauf der letzten Jahre, bei den 26—40 jährigen Frauen liegen die höchsten Werte gerade zu Anfang des Jahrhunderts, während die Jahre 1930/31 bei diesen Altersgruppen erst an zweiter Stelle folgen und die Zahlen für die übrigen Jahre bedeutend niedriger liegen. Bei den beiden letzten Altersklassen steigen die Werte in den letzten Jahren wieder erheblich an. Es kommen also in den letzten Jahren mehr junge Frauen, die abortieren oder abortiert haben, in die Behandlung der Klinik als zu Anfang des Jahrhunderts. Hieraus darf nun nicht ohne weiteres auf eine Zunahme der abortierenden Frauen überhaupt, etwa für ganz Berlin geschlossen werden, wie schon mehrmals betont wurde. Unsere Zahlen geben uns nur an, daß in die Berliner Frauenklinik in den letzten Jahren mehr junge Frauen mit Aborten in der Vorgeschichte oder als Anlaß zur Behandlung kamen. Hierfür kann natürlich eine Zunahme der Aborte im allgemeinen verantwortlich gemacht werden, aber ebenso können andere Gründe zu dem Ansteigen unserer Zahlen führen oder dabei mitwirken. Aus irgendeinem Grunde wird die Klinik gerade von Abortierenden häufiger aufgesucht als früher. An einer anderen Stelle haben wir schon einige dieser Gründe erwähnt. Ärzte und Hebammen weisen zum Beispiel häufiger wegen Fehlgeburten ein, weil bedrohliche Zwischenfälle sich in größerer Menge ereignen als in den früheren Jahren. Oder die Frauen, die abortieren, suchen von sich aus die Klinik eher auf als früher, um der Neugier und dem Gerede zu entgehen, das hinter jeder Fehlgeburt einen verbotenen Eingriff vermutet.

Für das auffällige Ansteigen der Zahlen bei den letzten beiden Altersgruppen in den Jahren 1930/31 möchte ich wenigstens zum Teil den Umstand verantwortlich machen, daß die Frage nach den Aborten in der Anamnese sorgfältiger als früher behandelt worden ist; denn in diesen Altersgruppen handelt es sich ja nur um Fehlge-

burten der Vorgeschichte. Auf der anderen Seite wird sich hier aber wohl doch eine Zunahme der Aborte während der letzten Jahre auswirken.

Auch wenn wir ausrechnen, wie sich die 12245 Frauen mit Aborten prozentmäßig in den einzelnen Jahren verteilen, kommen wir zu ähnlich liegenden Zahlenverhältnissen.

Aufstellung 4.

Unter 100 der 12245 Frauen, die abortiert haben, standen								
	in den Jahren							
in einem Alter	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	1,74	1,74	2,75	3,68	3,42	3,75	4,93	5,02
von 21—25 Jahren	14,80	15,91	16,39	18,22	19,16	20,86	19,20	20,08
„ 26—30 „	26,15	24,68	26,08	25,97	26,75	27,34	22,06	21,47
„ 31—35 „	23,84	27,40	26,55	23,71	22,26	20,54	19,05	17,96
„ 36—40 „	20,05	18,46	16,78	16,11	13,45	12,78	15,64	14,21
„ 41—45 „	7,68	6,67	5,98	7,75	7,01	6,94	7,55	7,80
v. 46—50 J. u. mehr	5,70	4,52	6,22	6,09	7,91	7,83	11,54	13,43

Bei den 12245 Frauen, die abortiert haben, gehörten im Jahre 1931 relativ mehr Frauen den beiden jüngsten Lebensaltergruppen an als im Jahre 1900. Wir sehen hier also das erste Mal unsere Vermutung bestätigt, daß unter den Frauen, die abortiert haben, im Laufe der letzten Jahre der Anteil der Jugendlichen ansteigt. In den mittleren Altersgruppen fallen dagegen die Werte, es standen also im Jahre 1931 unter den Abortierenden weniger Frauen im Alter von 36—40 Jahren als in den früheren Jahren.

Einen weiteren Aufschluß darüber soll uns eine Aufstellung geben, bei der wir feststellen, wieviel Frauen in den einzelnen Lebensaltergruppen unter 100 Frauen dieser Gruppe abortiert haben, wieviel 21—25jährige zum Beispiel unter 100 21—25jährigen Behandelten im Jahre 1900 und wieviel Gleichaltrige unter 100 Frauen desselben Alters im Jahre 1931 Aborte aufwiesen.

Aufstellung 5.

Unter 100 Frauen der einzelnen Lebensaltergruppen wiesen Aborte auf								
	in den Jahren							
in einem Alter	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	5,52	4,88	6,23	4,64	11,60	19,25	20,40	22,43
von 21—25 Jahren	15,98	18,23	16,16	16,77	17,14	23,26	28,66	28,49
„ 26—30 „	47,10	59,12	38,84	34,06	32,64	37,17	41,05	39,05
„ 31—35 „	66,14	66,66	56,44	54,68	44,17	36,23	59,62	56,62
„ 36—40 „	68,00	66,40	51,65	55,44	44,50	43,12	61,97	69,94
„ 41—45 „	41,08	36,27	30,27	40,07	33,99	33,85	38,44	41,47
v. 46—50 J. u. mehr	16,00	11,21	14,60	19,47	24,43	33,44	24,84	23,17

Hierbei sehen wir, daß zuletzt in der jüngsten Altersklasse der Prozentsatz der Frauen mit Aborten unter den Frauen desselben Alters ganz bedeutend höher liegt als im Jahre 1900, dessen Zahlen etwa nur ein Viertel des Wertes von 1931 ausmachen. Auch bei den 21—25jährigen steigt der Wert von 1900 bis 1931 um fast das Doppelte an. Bei den 26—30 und 31—35 Jahre alten Frauen dagegen sinken die Zahlen im gleichen Zeitraum ab, bei den 36—45jährigen bleiben sie etwa gleich hoch, während sie bei den ältesten Frauen wieder ansteigen. Daß bei den mittleren Altersgruppen die Werte sinken, möchte ich dadurch erklären, daß die jetzt 30—40jährigen zum Beispiel nicht mehr so häufig wie die gleichaltrigen Frauen um 1900 abortieren, weil sie von vornherein jede unerwünschte Schwangerschaft durch Präventivmittel vermeiden, die früher noch nicht so bekannt und verbreitet waren wie jetzt, sodaß die Geburtenbeschränkung sich im wesentlichen damals in der Abtreibung betätigte. Auf diese Frage werden wir an einer anderen Stelle noch einmal zurückkommen und dort noch die Erklärung für das Ansteigen der Werte bei den Jugendlichen geben. In den hohen Zahlen bei den ältesten Frauen im Jahre 1920/21, besonders aber in den Jahren 1930/31 finden wir wohl zum Teil die Werte der Frauen wieder, die 1910/11 beziehungsweise 1920/21 als 36—40jährige auch schon hohe Zahlen aufwiesen.

Unter den 4003*2* untersuchten Krankengeschichten wiesen, wie schon erwähnt, 12245 in der Anamnese oder als Anlaß der Klinikbehandlung ein oder mehrere Aborte auf, das wäre ein Prozentsatz von 30,58. Wenn man diesen Hundertsatz für die einzelnen Jahre ausrechnet, erhält man folgende Zahlen:

Unter 100 behandelten Frauen wiesen Aborte auf in den Jahren:

1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
31,20	32,27	26,00	25,12	26,85	28,76	37,0	35,0

Oder wenn man den mittleren Wert zweier aufeinanderfolgender Jahre nimmt:

1900/01,	1910/11,	1920/21,	1930/31.
31,73	25,56	27,80	36,15

Das Verhältnis der wegen Abort in der Klinik behandelten und der Frauen, die in der Vorgeschichte Fehlgeburten angeben zu der Gesamtzahl aller behandelten Frauen fällt also von den Jahren 1900/01 zunächst ab, steigt 1920/21 wieder an und erreicht 1930/31 seinen höchsten Wert. Im Durchschnitt haben etwa ein Drittel aller Frauen, die in die Behandlung der Klinik kamen, abortiert. Cassel fand bei seinen Untersuchungen von Arbeiter- und Beamtenfrauen Berlins im Jahre 1902, daß von 100 Frauen 36,4 abor-

tiert haben (S. Peller, „Fehlgeburt und Bevölkerungsfrage"), und Peller findet bei Frauen aus der Wiener Klinik in den Jahren 1910—19 etwa dasselbe Verhältnis. Bei unseren Ergebnissen fällt bei einem Vergleich der Zahlen für die einzelnen Jahre auf, daß während der großen Zeitspanne von 1900—1931 das Verhältnis der Frauen mit Aborten zu denen, die nie abortiert haben, sich nicht allzu sehr verändert hat, obwohl doch sicher in der Bevölkerung im allgemeinen eine Verschiebung dieses Verhältnisses zugunsten der Abortierenden stattgefunden hat. Hier sehen wir wieder das Besondere bei den Frauen einer Klinik gegenüber den Frauen der übrigen Bevölkerung. Bei unseren Patientinnen hat es sich weniger um eine Zunahme der Frauen mit Aborten im Verhältnis zu allen Behandelten im Laufe der Jahre gehandelt, sondern es zeigt sich im allgemeinen nur eine Verschiebung zwischen den einzelnen Altersgruppen innerhalb der fast gleichbleibenden Gesamtzahlen. Diese Verschiebung wirkt sich nun hauptsächlich im Sinne unserer in der Einleitung angenommenen Vermutung aus, indem die Zahlen gerade bei den jüngsten Frauen in den letzten Jahren ansteigen. Hierzu sollen in der Aufstellung 6 in den einzelnen Jahren und Lebensaltergruppen die Zahlen der Frauen mit Aborten auf 100 Frauen, die in den einzelnen Jahren behandelt wurden, bezogen werden.

Aufstellung 6.

Unter 100 der 40032 behandelten Frauen wiesen Aborte auf								
	in den Jahren							
in einem Alter	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	0,56	0,56	0,72	0,91	0,92	1,06	1,82	1,77
von 21—25 Jahren	4,77	5,13	4,28	4,51	5,19	6,05	7,11	7,09
„ 26—30 „	8,43	7,97	6,82	6,41	7,24	7,70	8,17	7,58
„ 31—35 „	7,68	8,85	6,93	5,87	6,02	5,96	7,05	6,35
„ 36—40 „	6,46	6,15	4,17	3,99	3,64	3,71	5,79	5,02
„ 41—45 „	2,47	2,15	1,56	1,92	1,70	2,01	2,79	2,75
v. 46—50 J. u. mehr	1,83	1,46	1,42	1,51	2,14	2,27	4,27	4,74
zusammen:	31,20	32,27	26,00	25,12	26,85	28,76	37,00	35,30

Diese Aufstellung, bei der wir im Gegensatz zu der Aufstellung 4 nicht auf die 12245 Frauen mit Fehlgeburten, sondern auf alle 40032 in den fraglichen Jahren Behandelten Bezug genommen haben, zeigt uns wieder, daß der Anteil der Jugendlichen bis zu 25 Jahren unter den Frauen, die abortiert haben, 1931 erheblich größer ist als in den ersten Jahren des Jahrhunderts. Der Anteil der 26—40jährigen sinkt in Laufe der Jahre dagegen ab.

An dieser Stelle möchte ich noch auf eine Tatsache hinweisen, die schon bei mehreren Aufstellungen beobachtet wurde, beziehungsweise bei späteren noch in Erscheinung treten wird. Wenn man zum Beispiel in der Altersgruppe der 26—30jährigen im Jahre 1900 eine relativ hohe Zahl von Aborten antrifft, könnte man doch erwarten, daß 10 Jahre später unter den 10 Jahre älteren Frauen, also unter den jetzt 36—40jährigen diese hohe Zahl mindestens wieder auftaucht oder gar noch übertroffen wird, da man doch annehmen kann, daß in diesen 10 Jahren bei diesen Frauen noch weitere Fehlgeburten erfolgt sind. Bei einigen Aufstellungen erfüllt sich diese Erwartung einer stetigen Fortentwicklung auch, aber durchaus nicht immer, ja es tauchen sogar manchmal, besonders wenn wir noch 10 Jahre weiter, also zu den 46—50jährigen gehen, niedrigere Zahlen auf. Daß diese Erwartung nun nicht zutrifft, liegt an der Besonderheit unseres Klinikmaterials. Wenn es sich um dieselben Frauen auch nach 10 Jahren handeln würde, dann müßten natürlich bei den nun 10 Jahre älteren Frauen mindestens dieselben oder gar noch höhere Zahlen in Erscheinung treten, wenn man auf Grund anderer Untersuchungen über die letzen Jahrzehnte annimmt, daß als hauptsächlichste Ursache des Geburtenrückgangs noch mehr Aborte als früher erfolgt sind. Eine Zunahme der Fehlgeburten dürften wir dann natürlich nur bei den Frauen erwarten, deren Generationsperiode noch nicht abgeschlossen ist, also nur bis zu 45 Jahren. Wie wir aus unseren weiteren Untersuchungen sehen werden, nehmen aber die Aborte, jedenfalls bei den Frauen unserer Klinik im allgemeinen gar nicht zu in den letzten Jahren. Diese Frauen erreichen die Geburtenbeschränkung nicht wie in den ersten Jahren des Jahrhunderts durch die Abtreibung, sondern immer mehr durch die Anwendung der Präventivmittel.

Außerdem handelt es sich bei unseren Untersuchungen über die Jahre 1900—1931 gar nicht um dieselben Frauen, wenn auch einzelne im Laufe der Jahre zweimal oder öfter in der Klinik behandelt worden sind, sondern eine ganze Reihe von Faktoren bewirken jedes Jahr immer andere Gruppierungen der Frauen, die gerade für unsere Frage nicht ohne Bedeutung sind. Im wesentlichen habe ich diese Gründe schon an einer anderen Stelle angeführt. Das soziale und wirtschaftliche Milieu der Frauen, dessen Einfluß auf die Abortfrage ja bekannt ist (siehe Literaturverzeichnis Nr. 9, 18, 21, 32 u. andere), wechselt in den einzelnen Jahren. Es ist mal üblich und modern, etwa bei den mittleren und finanziell gut gestellten Schichten der Bevölkerung, die Klinik aufzusuchen, mal zieht man gerade hier den Hausarzt oder eine Privatklinik vor, weil man nicht mit Armen und Proletariern zusammen liegen will. Besondere Notzeiten bringen wieder andere Frauen zur Aufnahme als

bessere Zeiten, der Ruf der Klinik und ihrer Ärzte bewirkt mal eine Steigerung der Aufnahme wegen dieser Erkrankung, mal wegen jener, zum Beispiel mal vorwiegend zu Entbindungen, mal mehr wegen Carcinom und seiner Behandlung, oder auch zu plastischen Operationen oder wegen Erkrankungen des uropoetischen Organsystems. Frauen mit Adnexerkrankungen lassen wohl mit Recht andere Abortzahlen erwarten als Genitalgesunde oder Frauen, die erst im hohen Alter etwa an einem Carcinom erkranken.

Daß diese Frage, aus welchem Anlaß die Frauen in die Behandlung der Klinik gekommen sind, nicht ohne Einfluß auf die Aborthäufigkeit ist, hat S. Peller bei seiner Untersuchung über Frauen der Wiener Universitätsklinik nachgewiesen (Nr. 80). Er fand zum Beispiel, daß die Frauen der Entbindungsstation weniger Fehlgeburten in der Anamnese aufwiesen als die, die wegen eines Aborts zur Aufnahme kamen. „Frauen, die schon abortiert haben, haben größere Aussicht wieder zu abortieren, als die, die nicht abortiert haben". Auch für die vorhin angeführten verschiedenen Erkrankungen ließe sich sicher der Nachweis erbringen, daß sie oft einen entscheidenden Einfluß auf die Anzahl der Fehlgeburten ausüben können. Diese verschiedenen Besonderheiten, die in der Eigenart des Klinikmaterials begründet sind, werden uns also eine Reihe auffälliger Ergebnisse, die nicht mit denen anderer Untersuchungen übereinstimmen, erklären können.

Nachdem wir bei der bisherigen Untersuchung die Zahlen der Frauen, die abortiert haben, untereinander und mit der Gesamtheit aller durch die Klinik behandelten Frauen, nach Lebensalter und Jahren geordnet, verglichen haben, will ich jetzt eine Aufstellung der Anzahl der Fehlgeburten geben, die sich in den 12245 Krankengeschichten als Anlaß der Klinikbehandlung und in der Vorgeschichte fanden.

Aufstellung 7.

In den 12245 Krankengeschichten, die Aborte aufwiesen, fanden sich an Aborten

bei einem Alter der Frauen	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	32	32	37	55	47	47	106	92
von 21—25 Jahren	362	279	294	318	310	336	478	431
„ 26—30 „	769	720	538	543	475	513	716	647
„ 31—35 „	990	977	663	633	522	489	487	557
„ 36—40 „	859	758	504	494	335	359	772	549
„ 41—45 „	325	260	203	223	155	225	343	286
v. 46—50 J. u. mehr	192	159	145	190	203	223	479	515
zusammen:	3529	3285	2384	2456	2047	2192	3381	3077

insgesamt: 22351 Aborte.

Aus diesen absoluten Zahlen können wir noch keine wesentlichen Schlüsse ziehen. Erst wenn wir sie in Beziehung setzen zu der Anzahl der Frauen, die abortiert haben, also ausrechnen, wieviel Fehlgeburten auf eine dieser 12245 Frauen in den einzelnen Lebensaltergruppen und Jahren kommen, werden wir wichtige Ergebnisse erwarten können.

Aufstellung 8a.

Auf eine Frau, die abortiert hat, entfielen an Aborten								
	in den Jahren							
in einem Alter	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	1,032	1,066	1,057	1,122	1,119	1,021	1,060	1,108
von 21—25 Jahren	1,381	1,383	1,413	1,314	1,319	1,287	1,228	1,298
„ 26—30 „	1,660	1,694	1,625	1,578	1,435	1,500	1,601	1,822
„ 31—35 „	2,345	2,699	1,997	2,009	1,912	1,902	2,038	1,875
„ 36—40 „	2,419	2,310	2,482	2,308	2,030	2,243	2,435	2,336
„ 41—45 „	2,389	2,260	2,671	2,165	1,802	2,586	2,241	2,217
v. 46—50 J. u. mehr	1,900	2,038	1,835	2,345	2,092	2,377	2,047	2,315
im Durchschnitt	1,875	1,907	1,868	1,834	1,672	1,845	1,807	1,853

Zur besseren Übersicht soll gleich die Aufstellung 8b folgen, in der ich je zwei aufeinander folgende Jahre zusammengefaßt habe und ihren mittleren Wert in den einzelnen Lebensaltergruppen eingesetzt habe, um zufällige Schwankungen möglichst auszuschalten.

Aufstellung 8b.

Auf eine Frau, die abortiert hat, entfielen an Aborten				
	als mittlerer Wert in den Jahren			
in einem Alter	1900/01	1910/11	1920/21	1930/31
bis zu 20 Jahren	1,049	1,089	1,070	1,084
von 21—25 Jahren	1,382	1,363	1,303	1,263
„ 26—30 „	1,677	1,601	1,467	1,711
„ 31—35 „	2,522	2,003	1,907	1,956
„ 36—40 „	2,365	2,395	2,136	2,385
„ 41—45 „	2,325	2,418	2,194	2,229
v. 46—50 J. u. mehr	1,969	2,090	2,234	2,181
im Durchschnitt	1,898	1,851	1,758	1,829

Es entfallen auf die 12245 Frauen, die abortiert haben, insgesamt 22351 Aborte, also durchschnittlich auf eine Frau 1,825 Fehlgeburten. S. Peller nimmt für Wien an (Nr. 77), daß jede Frau etwa 1,5 bis 1,8 Aborte durchgemacht hat.

Bei genauerer Betrachtung unserer beiden letzten Aufstellungen fallen uns eine Reihe Zahlen auf. Die Jahre 1900/01 zeigen einen relativ hohen Durchschnittswert, der erstaunlicherweise der höchste unter allen Jahren bleibt. Es folgen dann die Jahre 1910/11 und erst an dritter Stelle die Jahre 1930/31. Bei den Frauen unserer Klinik steigen also, wie schon mehrmals betont, die Zahlen für die Aborte seit 1900 nicht etwa an wie bei der Mehrzahl ähnlicher Untersuchungen, sondern die Zahl der Fehlgeburten, die auf eine Frau kommt, geht sogar zurück. K. Hartmann (Nr. 34) findet bei seinen Untersuchungen, die sich auch auf das Material einer Frauenklinik stützen, daß auf eine Frau der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung im Jahre 1911 0,74 Aborte, 1918 dagegen nur 0,66 Aborte kommen; seine Zahlen sinken also auch etwas ab. Daß die Zahlen so viel kleiner sind als unsere liegt daran, daß wir nur die Frauen berücksichtigt haben, die abortiert haben, während Hartmann diese Einschränkung nicht gemacht hat, sondern die Fehlgeburten auf alle Frauen der genannten Abteilungen umgerechnet hat. Aus den Angaben von S. Peller habe ich zum Vergleich folgende Zahlen errechnet, die sich auch auf die Frauen einer Klinik beziehen. Auf eine verheiratete Frau der Entbindungsstation, die abortiert hat, kamen in den Jahren

1907,	1915,	1920—24	
1,642	1,565	1,658	Fehlgeburten.

Also auch aus seinen Zahlen geht hervor, daß in dieser großen Zeitspanne die Anzahl der Aborte, die auf eine Frau entfallen, nur ganz unwesentlich zugenommen haben. Bei diesen auffälligen Tatsachen, die doch mit den Statistiken, die außerhalb von Kliniken gewonnen sind, nicht immer in Einklang zu bringen sind, können wir auch hier nur wieder darauf hinweisen, daß das Material einer Klinik irgendwie in besonderer Weise ausgesucht ist und deshalb nicht ohne weiteres mit Statistiken über anderes Material verglichen werden darf. In diesen Statistiken beziehungsweise Schätzungen, auf die man ja außerhalb von Kliniken und Krankenhäusern wegen der Besonderheit der Abortfrage im wesentlichen angewiesen ist, erhalten wir zum Beispiel von Vollmann für Deutschland im Jahre 1913 260000 Fehlgeburten, für 1921 aber schon 480000 angegeben. Benthin nimmt für 1911 240000, Heynemann in Übereinstimmung mit Bumm für 1923 500000 Aborte in Deutschland an. Die Schätzung von Hansberg gibt für 1923 700000 und für 1925 sogar 1000000 Fehlgeburten an. Zu diesen Zahlen gelangte man dadurch, daß man von einer kleineren Bevölkerungsgruppe das Verhältnis von Geburten oder Konzeptionen zu den Aborten bestimmte und dieses Verhältnis dann auf ganz Deutschland zum Beispiel umrechnete. Dieses Verfahren ist nun sehr unzuverlässig, denn schon

das Ausgangsmaterial mit seinen Angaben über Aborte einer kleinen Bevölkerungsgruppe ist, wie wir schon mehrfach betont haben, wegen der Besonderheit der Frage oft ungenau, und ein kleiner Fehler hier muß bei der Umrechnung etwa auf die deutsche Gesamtbevölkerung natürlich einen sehr großen Fehler geben. Außerdem muß dabei berücksichtigt werden, daß ein Rückschluß von einer kleineren Bevölkerungsgruppe auf eine größere durch die Verschiedenheit ihrer Zusammensetzung sowieso nur mit Vorsicht zu verwerten ist, ein Umstand, auf den wir bei unserer Untersuchung schon mehrfach hingewiesen haben.

Noch auf einem anderen Wege kam man zu Zahlen über die Aborte beziehungsweise Abtreibungen. Man rechnete aus, wieviel Geburten auf die Bevölkerung bei gleichbleibender Fruchtbarkeit wie früher kommen müßten und zog davon die tatsächlich erfolgten Geburten ab. Diese Differenz erklärte man durch die Abtreibung, vergaß dann aber ganz die Konzeptionsverhütung, die bei der Geburtenbeschränkung, wie aus unseren Untersuchungen hervorgeht, in den letzten Jahren jedenfalls offenbar eine größere Rolle spielt als die Abtreibung.

Die angegebenen Zahlen für die Gesamtzahl der Fehlgeburten in Deutschland werden aber doch wohl ungefähr in der Größenordnung stimmen, vielleicht aber auch insofern, als sie eine Zunahme der Aborte im Laufe der letzten Jahrzehnte behaupten. Warum bei unserer Untersuchung die Zahlen für die Aborte, die eine Frau durchgemacht hat, in dieser Zeit sogar sinken, werden wir bei der Besprechung der Einzelheiten der letzten Aufstellung noch erklären.

Wenn wir dazu die Aufstellung 8b betrachten, und in den einzelnen Altersgruppen die Entwicklung der Zahlen im Laufe der Jahre verfolgen, sehen wir bei den jüngsten Frauen, die ja nur einen kleinen Teil der gesamten Patientenschaft ausmachen, daß das Jahr 1930 und 1931 im Gegensatz zu den Gesamtergebnissen höhere Werte aufweist als die Jahre 1900/01; allerdings liegen die Zahlen für die Jahre 1910/11 sogar noch höher. Bei den 31—45jährigen, die wohl die meisten Patientinnen stellen, entwickeln sich die Zahlen entsprechend den angeführten Durchschnittswerten, es liegen also die Zahlen für 1930/31 unter denen von 1900/01, ein Ergebnis, zu dem wir auch bei den 21—25jährigen kommen. Die letzte Altersgruppe verhält sich etwa so wie die jüngste, während bei den 26—30jährigen das Jahr 1930 und 1931 die höchsten Werte ergibt.

Für diese auffälligen Zahlenverhältnisse besonders der 31—45 und 21—25 Jahre alten Frauen, also der überwiegenden Mehrheit, kann wohl nur folgende Erklärung herangezogen werden. Die Frauen lassen es in den letzten Jahren gar nicht mehr oder in immer geringerem Ausmaße zu einer unerwünschten Gravidität kommen, son-

dern sie greifen von vornherein zu Präventivmitteln, sodaß sie nicht mehr so wie die Frauen früher eine unerwünschte Schwangerschaft durch Abtreibung zu beenden brauchen. Gramse (Nr. 24) schreibt in seiner Dissertation, daß der Prozentsatz der Aborte bei den jungen Frauen wegen der Konzeptionsverhütung abnimmt, und Bumm schätzt schon 1917 (nach H. Junker, Dissertation über die Ursachen der Fehlgeburten und Totgeburten), daß in Deutschland jährlich 900000 Geburten ausfallen, und zwar 800000 durch Präventivtechnik und 100000 durch Abtreibung. Die Konzeptionsverhütung ist es also, die einen Rückgang der Aborte bedingt, nicht etwa eine wachsende Abneigung der Frauen gegen die Abtreibung oder ein Erwachen des Gebärwillens. Daß diese Erklärung nicht nur eine Annahme oder reine Vermutung ist, werden wir aus den späteren Aufstellungen über die Konzeptionen und ihre Entwicklung im Laufe der untersuchten Jahre ersehen.

In dem letzten Abschnitt haben wir die Zahl der Aborte errechnet, die auf eine der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfallen. Wichtig ist nun auch, schon wegen eines Vergleichs unserer Ergebnisse mit denen der Literatur, festzustellen, wieviel Fehlgeburten auf eine Frau entfallen, wenn wir alle Frauen dabei berücksichtigen, also auch die, die noch nie abortiert haben. Es kämen dann auf die 40032 Frauen, die in den untersuchten Jahren in die Behandlung der Klinik gelangten, 22351 Fehlgeburten die entweder in der Vorgeschichte angegeben worden waren oder der Anlaß der Klinikbehandlung gewesen waren. Auf eine Frau entfielen hiernach im Durchschnitt 0,55 Aborte. Orthmann (Nr. 75) findet für die Jahre 1904—1913 bei Untersuchungen über 1000 gebärfähige Frauen in Berlin, daß auf eine Frau 0,815 Aborte kommen. Bleichröders Zahlen über 1000 Ehefrauen würden einen Durchschnittswert von 1,20 Fehlgeburten auf eine Frau ergeben (Nr. 4). Bedeutend niedrigere Zahlen erhalten wir aus offiziellen Statistiken über Aborte, zum Beispiel aus der Magdeburger Statistik (E. Roesle, Nr. 88 und 89), deren Zahlen aus den Angaben der Ärzte, Hebammen und Krankenhäusern stammen. Auf eine Frau Magdeburgs zwischen 15 und 45 Jahren kämen danach in den Jahren:

1912,	1913,	1924,	1925,	1926,	1927.	
0,020	0,017	0,023	0,019	0,020	u. 0,017	Aborte.

In der Aufstellung 9a sind nun die Anzahl der Fehlgeburten, die auf eine Frau entfallen, nach Lebensalter und Jahren geordnet, gegenüber gestellt.

Aufstellung 9a.

Auf eine Frau der 40032 Frauen, die in die Behandlung der Klinik kamen, entfielen an Aborten

in einem Alter	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	0,05	0,05	0,06	0,07	0,12	0,19	0,21	0,24
von 21—25 Jahren	0,22	0,25	0,22	0,21	0,22	0,29	0,25	0,37
„ 26—30 „	0,78	0,98	0,64	0,56	0,48	0,55	0,65	0,71
„ 31—35 „	1,55	1,37	1,11	1,09	0,85	0,74	1,21	1,02
„ 36—40 „	1,64	1,74	1,29	1,28	0,85	0,96	1,55	1,63
„ 41—45 „	0,98	0,82	0,80	0,86	0,61	0,87	0,86	0,91
v. 46—50 J. u. mehr	0,30	0,24	0,26	0,45	0,51	0,76	0,50	0,53
im Durchschnitt	0,79	0,78	0,63	0,65	0,52	0,62	0,76	0,77

Eine leichtere Übersicht ermöglicht uns die Aufstellung 9b, bei der ich wieder je zwei aufeinander folgende Jahre zusammengefaßt habe und ihren mittleren Wert errechnet habe.

Aufstellung 9b.

Auf eine Frau der 40032 Frauen, die in die Behandlung der Klinik kamen, entfielen an Aborten

in einem Alter	als mittlerer Wert in den Jahren			
	1900/01	1910/11	1920/21	1930/31
bis zu 20 Jahren	0,050	0,065	0,155	0,225
von 21—25 Jahren	0,235	0,215	0,255	0,360
„ 26—30 „	0,880	0,600	0,515	0,680
„ 31—35 „	1,460	1,100	0,795	1,115
„ 36—40 „	1,690	1,285	0,905	1,590
„ 41—45 „	0,900	0,830	0,740	0,885
v. 46—50 J. u. mehr	0,270	0,355	0,635	0,515
im Durchschnitt	0,784	0,636	0,571	0,767

Bei den Durchschnittswerten sehen wir wieder, daß die Zahlen der Jahre 1900/01 die höchsten sind, es folgen dann dicht die Jahre 1930/31, und an letzter Stelle stehen die Jahre 1920/21. Dieselbe Entwicklung zeigen die Zahlen der Mehrzahl der auf die einzelnen Lebensaltergruppen verteilten Frauen, und zwar alle zwischen dem 26. und 45. Jahr. Bei den beiden ersten und der letzten Altersgruppe steigen dagegen die Zahlen von 1900 bis 1931 an. Für die Tatsache, daß bei den meisten Frauen und im Gesamtdurchschnitt die Werte von 1900 bis 1931 sinken, möchte ich dieselben Erklärungen heranziehen, die schon bei früheren Aufstellungen gegeben worden sind.

Die Zahlen für die Aborte sinken, weil die Anwendung der Präventivmittel immer mehr die Abtreibungen überflüssig machen, wenn es sich darum handelt, unerwünschte Schwangerschaften zu vermeiden. Der Anstieg der Zahlen für die Fehlgeburten bei den Frauen bis zu 25 Jahren braucht dem nicht zu widersprechen. Auch bei den Frauen dieses Alters sind die Präventivmittel jetzt wohl bekannt und sicher weiter verbreitet als in den ersten Jahren des Jahrhunderts, aber sie werden wohl in diesem Alter weniger regelmäßig angewendet. Bei diesen Jugendlichen spielt bei dem geschlechtlichen Verkehr im allgemeinen nicht so wie bei den älteren Frauen, insbesondere den verheirateten, Überlegung und Sorge vor den Folgen und den Schwierigkeiten, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, eine Rolle, sodaß die sonst bekannten Vorsichtsmaßregeln nicht oder nicht gewissenhaft genug beachtet werden. Diese mangelnde Überlegung und Verantwortung, ja offenbar zunehmende Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit bedingen ja auch die steigende Anzahl der unehelichen Mütter. Einen exakten zahlenmäßigen Beweis kann man für die angeführten Begründungen der Zunahme der Aborte bei den jüngsten Frauen und der Abnahme bei den übrigen Altersgruppen nicht geben, aber unsere Erklärung hat doch viel für sich. S. Peller (Nr. 79) findet bei seinen Untersuchungen auch, daß nach dem Kriege die Zahl der Konzeptionen bei den 20—24jährigen nicht wesentlich zunückgegangen ist im Gegensatz zu den älteren Frauen, daß bei den 20—24jährigen aber die Zunahme der Fehlgeburten die größte ist. Die Konzeptionen bei den älteren Frauen nehmen also ab, weil sie durch die Präventivmittel unerwünschte Graviditäten von vornherein vermeiden. Die jungen Frauen konzipieren dagegen fast genau so oft wie früher, greifen deshalb zur Abtreibung, um das Austragen einer Schwangerschaft zu umgehen.

In dem letzten Abschnitt erwähnten wir schon kurz einen Zusammenhang zwischen der Zahl der Konzeptionen und der Zahl der Aborte, deren Verhältnis zueinander man „Abortziffer" nennt. Die Entwicklung dieser Zahl im Laufe der Jahre wollen wir auch bei unseren Frauen verfolgen, da sie uns wichtige Aufschlüsse geben wird. Es sollen hierzu in der Aufstellung 10 die Zahlen der Konzeptionen aufgeführt werden, deren Kenntnis ja in dem Zusammenhang zwischen Geburtenrückgang, Abtreibung und Konzeptionsverhütung wichtig ist.

Aufstellung 10.

In den 12245 Krankengeschichten, die Aborte aufwiesen, fanden sich an Graviditäten

bei einem Alter der Frauen	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	45	51	58	76	59	64	165	138
von 21—25 Jahren	772	806	634	647	538	627	948	792
„ 26—30 „	2023	1746	1400	1337	1007	1026	1503	1231
„ 31—35 „	2750	2846	1935	1737	1242	1115	1722	1238
„ 36—40 „	2743	2474	1529	1424	888	906	1730	1203
„ 41—45 „	1074	1044	673	809	505	535	787	605
v. 46—50 J. u. mehr	747	583	576	596	637	636	1202	1254
zusammen	10154	9550	6805	6626	4876	4909	8057	6506

insgesamt: 57483 Graviditäten.

Da wir nun die Zahl der Frauen kennen, die in den einzelnen Lebensaltergruppen und Jahren abortiert haben (Aufstellung 3a), können wir hieraus ausrechnen, wieviel Graviditäten auf eine der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfallen.

Aufstellung 11.

Auf eine Frau der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Graviditäten

in einem Alter	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	1,42	1,70	1,65	1,55	1,40	1,39	1,65	1,66
von 21—25 Jahren	2,94	2,94	3,04	2,76	2,29	2,40	2,43	2,38
„ 26—30 „	4,37	4,10	4,23	3,88	3,07	3,00	3,36	3,46
„ 31—35 „	6,51	6,03	5,74	5,51	4,58	4,33	4,46	4,16
„ 36—40 „	7,72	7,53	7,53	6,65	5,38	5,48	5,45	5,11
„ 41—45 „	7,89	9,07	8,85	7,85	5,87	6,15	5,14	5,03
v. 46—50 J. u. mehr	7,39	7,47	7,29	7,45	6,56	6,48	5,13	5,64
im Durchschnitt	5,73	5,54	5,35	4,98	3,97	3,93	3,97	3,94

Auf 12245 Frauen kommen insgesamt 57483 Graviditäten, auf eine Frau also im Durchschnitt 4,68 Graviditäten.

Diese Aufstellung bestätigt uns unsere Erklärung zu den Aufstellungen 9a und 9b. Wir hatten dort gesehen, daß die Anzahl der Fehlgeburten für eine Frau von 1900 bis 1931 im Durchschnitt und bei den meisten Altersgruppen absinkt und dies durch die Zunahme und weitere Verbreitung der Konzeptionsverhütung erklärt. Diese schränkt die Konzeptionen soweit ein, das nur selten noch eine un-

erwünschte Schwangerschaft eintritt. Abtreibungen als Mittel der Geburtenbeschränkung erübrigen sich deswegen immer mehr. In unserer Aufstellung 11 sinken deshalb in fast allen Altersgruppen die Anzahl der Konzeptionen für eine Frau von 1900 bis 1931, auch die Durchschnittswerte liegen für 1930/31 sehr tief im Vergleich zu den Jahren 1900/01 und 1910/11. Nur im Jahre 1921 liegt die Durchschnitszahl noch unter der des Jahres 1931.

An dieser Stelle möchte ich noch einen Punkt hervorheben, der bei den meisten Aufstellungen in Erscheinung tritt. Wenn wir in einer Altersgruppe die Entwicklung der Zahlen von 1900/01 über 1910/11 und 1920/21 nach 1930/31 verfolgen, haben wir nur selten eine stetig fortschreitende Abwärts- oder Aufwärtsbewegung, sondern es treten im Laufe dieser Jahre kleine Sondergipfel oder -täler auf, die die ursprüngliche Linie wellenförmig gestalten. Ganz besonders bewirken die Jahre 1920/21 solche Sonderbewegungen, zum Beispiel auch in unserer letzten Aufstellung 11, in der sie in der im allgemeinen abwärts gerichteten Linie noch einen besonderen tiefen Sturz bedingen. Eine eindeutige Erklärung für die Sonderbewegungen in der Gesamtentwicklung ist nicht immer zu geben, wenn man nicht die Zufälligkeiten und Besonderheiten des Klinikmaterials im allgemeinen dafür verantwortlich machen will. Bei den Jahren 1920/21 können wir aber außer dem noch das hinzufügen, daß es sich in diesen Jahren gerade in Berlin um eine besondere Notzeit gehandelt hat, die nicht nur die Gesamtzahl der behandelten Frauen herabgedrückt hat, sondern auch sonst auf die Zusammensetzung der Patientinnenschaft und damit auch auf unsere Zahlen und Untersuchungen einen Einfluß ausgeübt hat.

Die Aufstellung 10 gab uns die Anzahl der Konzeptionen an, die auf die 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen. Aus diesen Zahlen und denen der Aufstellung 7, die uns die Zahl der Aborte angab, die diese 12245 Frauen durchgemacht haben, können wir die sogenannte Abortziffer ausrechnen, die uns darüber unterrichtet, wieviel Aborte auf 100 Graviditäten kommen.

Aufstellung 12a.

Auf 100 Graviditäten der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Aborten								
bei einem Alter der Frauen	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	71,1	62,7	63,5	72,3	79,6	73,4	64,0	67,1
von 21—25 Jahren	42,2	47,0	46,3	49,1	57,6	53,4	50,4	54,4
„ 26—30 „	38,0	41,2	38,4	40,6	47,0	50,0	47,6	52,5
„ 31—35 „	36,0	34,3	34,2	36,4	42,0	43,8	45,7	44,9
„ 36—40 „	31,0	31,0	32,9	34,6	37,7	39,4	44,6	44,8
„ 41—45 „	30,0	24,9	30,1	27,5	30,6	42,0	43,5	44,0
v. 46—50 J. u. mehr	25,5	27,2	25,1	31,8	31,8	35,0	38,1	41,7
im Durchschnitt	34,7	34,4	35,0	37,1	41,9	44,6	41,9	47,2

im Gesamtdurchschnitt: 38,8 Aborte auf 100 Graviditäten.

Auch hier habe ich wieder in der Aufstellung 12b je zwei aufeinander folgende Jahre zusammen gefaßt und aus ihren Zahlen den mittleren Wert errechnet.

Aufstellung 12b.

Auf 100 Graviditäten der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Aborten				
in einem Alter	als mittlerer Wert in den Jahren			
	1900/01	1910/11	1920/21	1930/31
bis zu 20 Jahren	66,9	67,9	76,5	65,55
von 21—25 Jahren	44,6	47,7	55,5	52,4
„ 26—30 „	39,6	39,5	48,5	50,05
„ 31—35 „	35,15	35,3	42,9	45,3
„ 36—40 „	31,0	33,75	38,55	44,7
„ 41—45 „	27,45	28,75	36,3	43,75
v. 46—50 J. u. mehr	26,35	28,45	33,4	39,9
im Durchschnitt	34,55	36,03	43,25	44,55

Bei dem Vergleich der Durchschnittszahlen sehen wir ein stetiges Ansteigen vom Jahre 1900 bis 1931, unter 100 Schwangerschaften enden also im Laufe dieser Jahre immer mehr durch Abort. Auffällig bei diesen Ziffern ist der hohe Wert, den wir schon in den ersten Jahren des Jahrhunderts finden. In der Literatur werden zum Teil wesentlich niedrigere Zahlen angegeben, so zum Beispiel von Franz (Halle) für das Jahr 1898 die Zahl 15,45, für 1907 von Spraner (Freiburg) 13, für 1905—1912 von Schaeffer (Berlin) 24,9, für 1913—1915 von Bumm (Berlin) 20 und von

Nürnberger (München) für dieselbe Zeit 15. Andere führen wieder Zahlen an, die den unserigen etwa entsprechen oder sie sogar übertreffen. So gibt Berliner (Breslau) für 1904—10 eine Abortziffer von 28,6 an, Schmidt (Bremen) für 1907—11 die Zahl 34,2, Bley (Bremen) für 1912—1917 schon 41,3 und Hirsch (Berlin) für das Jahr 1918 sogar 49,21. Der zum Teil sehr große Unterschied zwischen diesen Zahlenangaben erklärt sich durch die Verschiedenheiten des untersuchten Materials; auf der anderen Seite muß man berücksichtigen, daß es sich im wesentlichen um Schätzungen oder Schlüsse aus kleineren Untersuchungsergebnissen mit deren großen Fehlerquellen handelt.

Unsere Zahlen der Aufstellungen 12a und 12b zeigen nun auch nicht einen so rapiden Anstieg wie die andere Untersucher, etwa die Freudenbergs, der für 1909 annimmt, daß 10% der Schwangerschaften und 1921 schon 40% aller Schwangerschaften in Berlin durch Abort endeten. Die von Roessle bearbeitete offizielle Statistik über die Fehlgeburten der Stadt Magdeburg gibt für 1912 22,4% und für 1924 schon 42,4% Aborte unter den Graviditäten an. Lorenzen erhält dagegen aus der Klinik in Jena für die Jahre 1910—1918 auch nur den unwesentlichen Anstieg der Abortziffer von 13,3 auf 13,8.

Bei der Betrachtung unserer letzten beiden Aufstellungen in ihren Einzelheiten fallen uns besonders die hohen Werte der jüngsten Altersgruppe auf, die ihren Gipfel in den Jahren 1920/21 und ihren tiefsten Punkt in den Jahren 1930 31 erreichen. Die hohen Zahlen der jüngsten Frauen überhaupt erklären sich daraus, daß in dieser Altersgruppe relativ häufiger ein Abort die Ursache der Klinikbehandlung bildet, ohne daß den Fehlgeburten eine größere Anzahl von Graviditäten gegenübersteht, wie es bei den älteren Frauen meist der Fall ist. Die Jahre 1920/21 geben auch hier einen besonderen Gipfel, weil die Not gerade dieser Jahre die Frauen veranlaßt, noch häufiger als sonst zu der gewollten vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft ihre Zuflucht zu nehmen.

Außer der Altersgruppe der jüngsten Frauen zeigen alle Gruppen genau so wie die Gesamtergebnisse einen Anstieg der Abortziffer von 1900 bis 1931, es enden also bei allen Frauen bis auf die jüngsten im Jahre 1931 relativ mehr Schwangerschaften als Abort als um 1900. Auf den ersten Blick scheint dieses Ergebnis den Zahlen anderer Aufstellungen zu widersprechen und ebenso unsere Vermutung zu widerlegen, daß bei den Frauen der mittleren und älteren Altersgruppen die Zahlen der Fehlgeburten im Laufe der Jahre zurückgeht. Wir fanden doch zum Beispiel in der Aufstellung 7, daß die mittleren Altersgruppen im Jahre 1931 weniger Aborte aufwiesen als 1900, daß nach Aufstellung 8 in diesen Altersgruppen auf eine

Frau 1931 weniger Fehlgeburten kommen als 1900. Es sind aber auch die Graviditäten bei den Frauen dieses Alters ihrer absoluten Zahl nach und ebenso in ihrer Beziehung auf eine Frau in dieser Zeit abgesunken. Daß wir bei unserer letzten Aufstellung 12 nun doch ein Ansteigen der Abortziffer bei den meisten Frauen finden, liegt daran, daß die Zahlen der Konzeptionen in noch weit schnellerem Tempo abfallen als die Zahlen der Fehlgeburten. Wir können also gerade hieraus einen immer stärkeren Rückgangs des Gebärwillens entnehmen. Die Zahlen der Frauen bis zu 20 Jahren zeigen bei der Aufstellung 12 nicht dieselbe Entwicklung wie die aller übrigen Frauen, weil bei der Gruppe der jüngsten Frauen im Gegensatz zu allen anderen nach der Aufstellung 11 eine Zunahme der Graviditäten im Jahre 1931 zu verzeichnen ist. Für diese letzte Tatsache habe ich in anderen Statistiken keine Parallele gefunden, sodaß ich für die Zunahme der Graviditäten bei den jüngsten Frauen in den Jahren 1930 31 nur die Besonderheiten unseres klinischen Materials mit seinen Zufälligkeiten als Erklärungsversuch heranziehen kann.

Wenn wir zuletzt aus dem Ansteigen oder dem Absinken der Konzeptionen auf ein Wachsen oder Abnehmen des Gebärwillens geschlossen haben, haben wir einen Faktor berücksichtigt, der erst in zweiter Linie maßgeblich für den Gebärwillen ist. Denn ein Ansteigen der Konzeptionen kann immer noch durch vermehrte Abtreibungen gewissermaßen „korrigiert" werden, sodaß trotz der erhöhten Konzeptionszahlen doch weniger Geburten erfolgen. Ein eindeutiges Bild über den Gebärwillen werden wir dagegen erhalten, wenn wir aus den Krankengeschichten auch die Geburten berücksichtigen. Wie bei allen unseren Untersuchungen darf man auch aus diesen Zahlen nicht irgendeine herausgreifen und mit den sonst bekannten Zahlen über Geburtenhäufigkeit und damit zusammenhängende Fragen ohne weiteres vergleichen. Denn auch in diesem Zusammenhang werden die Besonderheiten des Klinikmaterials eine Rolle spielen. Besonders hervorheben möchte ich aber noch, daß die Zahlen in diesem Falle nur von Frauen gewonnen sind, die abortiert haben.

Die folgende Aufstellung 13 gibt uns entsprechend der Aufstellung 8 über die Aborte und der Aufstellung 11 über die Graviditäten an, wieviel Geburten auf eine der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfallen.

Aufstellung 13.

Auf eine Frau der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Geburten

in einem Alter	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	0,40	0,63	0,59	0,43	0,28	0,37	0,59	0,55
von 21—25 Jahren	1,56	1,56	1,63	1,45	0,87	1,11	1,20	1,09
„ 26—30 „	2,70	2,41	2,60	2,30	1,63	1,50	1,76	1,64
„ 31—35 „	4,17	3,33	3,74	3,50	2,67	2,43	2,42	2,28
„ 36—40 „	5,30	5,22	5,05	4,34	3,35	3,24	3,01	2,77
„ 41—45 „	5,50	6,81	6,18	5,78	4,07	3,56	2,90	2,79
v. 46—50 J. u. mehr	5,50	5,43	5,45	5,10	4,47	4,10	3,08	3,32
im Durchschnitt	3,74	3,63	3,48	3,14	2,30	2,17	2,30	2,07

Bei dem Vergleich der Gesamtwerte für die einzelnen Jahre sehen wir, daß die Anzahl der Geburten, die auf eine Frau kommt, von 1900 bis 1931 ständig abnimmt. Hier finden wir also auch bei unserer Untersuchung eine Entwicklung, die mit der der Gesamtbevölkerung parallel geht. Von der Altersgruppe der 31—35jährigen ab bis zu der letzten Gruppe sinken die Zahlen in dem gleichen Sinne von 1900 bis 1931 ab. Bei den beiden Gruppen der 21—25jährigen und der 26—30järigen haben wir ebenfalls eine Abwärtsentwicklung vor uns, nur rufen die Jahre 1920/21 noch einen besonderen Tiefstand hervor, sodaß die Zahlen von 1930/31 demgegenüber wieder höher liegen und einen Anstieg der Geburtenhäufigkeit vortäuschen. Auch bei der Gruppe der jüngsten Frauen fallen die Werte in den Jahren 1920/21 ganz besonders rapide ab. Die Begründung hierfür ist wohl dieselbe, die uns bei der Aufstellung 12 bei der Abortziffer den steilen Gipfel in diesen Jahren erklärte. Die besonders große Not dieser Jahre gerade in Berlin veranlaßte die Frauen, mehr denn je die Geburten einzuschränken und ihre unerwünschten Schwangerschaften durch Abtreibung zu beenden.

Sehr auffällig bei unserer letzten Aufstellung bleibt aber das Ansteigen der Zahlen bei den jüngsten Frauen von 1900 bis 1931. Bei der Aufstellung 10 über die Graviditäten hatten wir ja schon an der entsprechenden Stelle eine auffällige Zunahme gefunden und in der Aufstellung 12 ein Absinken der Abortziffer. Unsere jetzige Übersicht bestätigt uns nun, daß bei den jüngsten Frauen in den Jahren 1930/31 tatsächlich ein Ansteigen der Grburtenzahlen auf Kosten der Aborte zu verzeichnen ist. Für diese Tatsache, daß die Zahl der Geburten, die auf eine Frau entfällt, bei unseren jüngsten Frauen im Laufe der Jahre nicht wie bei allen anderen Frauen

sinkt, haben wir in keiner anderen Untersuchung eine Parallele. In Deutschland, besonders aber in Berlin fallen auch in diesen Jahren die Geburtenzahlen weiter ab. Wir können uns das Ansteigen unserer Zahlen nur so erklären, daß in den Jahren 1930/31 relativ mehr junge Frauen die Klinik zur Entbindung aufsuchen als früher und dadurch durchschnittlich mehr Entbindungen auf eine dieser jüngsten Frauen entfallen als früher.

Um die Parallele zu den Aufstellungen über die Aborte und Graviditäten bei den Geburten noch weiter durchzuführen, zugleich aber auch, um mit Zahlen der Literatur vergleichen zu können, habe ich bei den 12245 Frauen, die abortiert haben, auch errechnet, wieviel Aborte auf 100 Entbindungen kommen. Hier möchte ich voranschicken, daß dieser Berechnung zum Teil sehr kleine Zahlen zu Grunde lagen, die keine zuverlässige Ergebnisse geben können. Bei der Umrechnung auf 100 werden sich kleine Fehler dann sehr vergröbern und vergrößern. So erklären sich wohl die außerordentlich großen Schwankungen, die wir vor allem bei den Zahlen der jüngsten Altersgruppe antreffen, deren Grundzahlen besonders klein waren. Bei den übrigen Frauen erhalten wir eine mehr stetige und gleichmäßige Entwicklung der Zahlen ohne unverhältnismäßig große Schwankungen, weil größere Grundzahlen zur Verfügung standen und somit die Fehlerquellen geringer waren.

Aufstellung 14a.

Auf 100 Geburten der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Aborten

bei einem Alter der Frauen	in den Jahren							
	1900	1901	1910	1911	1920	1921	1930	1931
bis zu 20 Jahren	246,1	173,2	176,2	261,9	391,6	276,4	179,6	200,0
von 21—25 Jahren	88,3	88,7	86,5	96,6	136,9	115,4	101,7	119,4
„ 26—30 „	61,3	70,1	62,4	68,3	89,3	100,0	90,9	109,7
„ 31—35 „	56,2	52,3	52,1	57,3	72,5	78,1	39,4	81,7
„ 36—40 „	45,6	44,2	49,2	53,1	60,6	65,5	80,5	83,9
„ 41—45 „	43,4	33,2	43,2	38,1	44,3	72,5	77,3	78,5
v. 46—50 J. u. mehr	34,6	37,5	33,6	46.8	46,8	53,9	66,2	69,6
im Durchschnitt	53,3	52,4	53,9	58,9	72,3	80,6	72,3	89,7

im Gesamtdurchschnitt: 63,3 Aborte auf 100 Grburten.

Aufstellung 14b.

Auf 100 Graviditäten der 12245 Frauen, die abortiert haben, entfielen an Aborten				
bei einem Alter der Frauen	als mittlerer Wert in den Jahren			
	1900/01	1910/11	1920/21	1930/31
bis zu 20 Jahren	209,65	219,05	334,0	189,8
von 21—25 Jahren	88,5	91,55	125,65	110,55
„ 26—30 „	65,7	65,35	94,65	100,3
„ 31—35 „	54,25	54,7	75,3	60,55
„ 36—40 „	44,9	51,15	63,05	82,2
„ 41—45 „	38,4	40,65	58,4	77,9
v. 46—50 J. u. mehr	36,05	40,2	50,35	67,9
im Durchschnitt	52,85	56,4	76,45	81,0

Bei den Durchschnittszahlen und ebenso bei allen Altersgruppen bis auf die der jüngsten Frauen sehen wir, daß von 1900 bis 1931 sich das Verhältnis der Fehlgeburten zu den normalen Entbindungen immer mehr zu Gunsten der Aborte verschiebt. Hierfür ist ebenso, wie wir es bei der Aufstellung 12 über das Verhältnis zwischen Fehlgeburt und Gravidität gesehen hatten, nicht etwa ein Ansteigen der Aborte, sondern das rapide Absinken der Geburten die Ursache, das noch schneller vor sich geht als sogar der Rückgang der Aborte, den wir zum Beispiel bei den mittleren und älteren Altersgruppen gefunden hatten.

Die Werte der jüngsten Frauen geben, wie wir vorhin schon betont haben, kein eindeutiges Bild, weil die Zahlen wegen der zu kleinen Grundzahlen allzu große Schwankungen aufweisen. Wir können höchstens als wahrscheinlich annehmen, daß sich im Gegensatz zu den übrigen Altersgruppen und den Gesamtergebnissen das Verhältnis zwischen Abort und Geburt bei den jüngsten Frauen im Laufe der untersuchten Jahre nicht so sehr und so eindeutig zu Gunsten der Fehlgeburten verschoben hat. Die Zunahme der Geburten bei den jüngsten Frauen in den Jahren 1930/31 (siehe Aufstellung 13) und das Verhältnis zwischen Fehlgeburt und Gravidität, das in der Aufstellung 12 an derselben Stelle auch ein Ergebnis aufwies, das im Gegensatz zu allen übrigen Jahren und Altersgruppen stand, könnte man als Bestätigung für diese Annahme anführen.

Um einen Vergleich für unsere Ergebnisse über die Beziehungen zwischen Abort und Geburten zu haben, will ich einige Zahlen aus der Literatur anführen. Hansberg gibt an, daß auf 100 Entbindungen in den Jahren 1906—08 12,5 Fehlgeburten, 1909—13 20 und 1914—1918 sogar schon 49 Aborte kamen. Engelsmann fand für

dieselben Zahlen 1921 17 Fehlgeburten, für 1922 24, für 1923 26, für 1924 34 und für 1925 31 Fehlgeburten. Nach Liepmann betrug an der Wiener Klinik die Zahl der Aborte, die auf 100 Entbindungen kam, 1898 18,9, im Jahre 1908 32,7 und 1913 57,2, und nach einer Hamburger Statistik der Nachkriegszeit seien diese Werte hier auf 60 –70 gestiegen. Rosenthal-Deussen (Nr. 92) gibt für dieselben Zahlen eine Zunahme von 15 aus den Jahren 1919/20 auf 33 im Jahre 1926 an. In der Statistik der Stadt Halle über die Fehlgeburten lauten dieselben Zahlen für 1919 dagegen nur 17,09 und für 1923 auch nur 17,68. Aus der Arbeit von Deppe (Nr. 15) sollen noch einige Zahlen gegenüber gestellt werden, die das Verhältnis zwischen Fehlgeburten und Entbindungen kennzeichnen.

Danach kamen bei Bumm	1890	auf 10	Entbindungen	1 Abort
bei der Magdeburger Statistik	1912	„ 4-5	„	1 „
bei Schottelius für Hamburg	1919	„ 2	„	1 „
„ von Jeschke	1920	„ 4	„	1 „
„ Heynemann für Deutschland	1927	„ 3	„	1 „
„ Martius für Deutschland	1930	„ 2	„	1 „
„ Nevermann (nach Liepmann)		„ 3	„	2 Abort.

Aus diesen Zahlen der Literatur ersehen wir, wie auffällig hoch unsere Ergebnisse liegen, selbst wenn wir die Werte der jüngsten Altersgruppe als nicht zuverlässige unberücksichtigt lassen. Es sei noch nach Peller (Nr. 78) eine Aufstellung von Manschke aus dem Jahre 1912 von Budapest angeführt, die das Verhältnis von Fehlgeburten zu Entbindungen auch nach Altersgruppen getrennt aufführt.

Im Jahre 1912 kamen in Budapest auf 100 Entbindungen bei Frauen im Alter von

17—20	21—25	25—30	30—40	über 40 Jahren
6,0	9,9	12,9	17,4	21 Aborte.

Auch hierbei sehen wir einen ganz gewaltigen Unterschied zu unseren Zahlen in den einzelnen Altersgruppen. Als Erklärung für unsere auffälligen Ergebnisse, die alle anderen zum Teil weit übertreffen, können wir nur angeben, daß Berlin einerseits am wenigsten Geburten, andererseits wohl am meisten Abtreibungen aufzuweisen hatte, das Verhältnis von Abort zu Entbindung also denkbar ungünstig ausfallen mußte. Noch einmal muß ich hier allerdings betonen, daß wir bei unseren Untersuchungen Fehlgeburten und Entbindungen nur bei den Frauen gegenüber gestellt haben, die abortiert

haben, während bei den anderen Untersuchern, soweit mir bekannt ist, nicht irgendeine Einschränkung dieser Art gemacht worden ist. Weil wir also nur die Frauen berücksichtigt haben, die abortiert haben, haben die Aborte bei unseren Ergebnissen ein so starkes Übergewicht über die Entbindungen.

Wenn wir nun annehmen, daß auch die übrigen Frauen, die nicht abortiert haben, etwa ebenso oft geboren haben wie die 12245 Frauen mit Aborten, deren Zahlen wir bisher aufgeführt haben, können wir das Verhältnis von den Fehlgeburten auf 100 Entbindungen bei allen 40032 Frauen errechnen und in ihren Gesamtwerten gegenüberstellen.

In den	Jahren	1900/01	kamen	auf	100	Geburten	16,6	Aborte
„	„	1910/11	„	„	100	„	14,3	„
„	„	1920/21	„	„	100	„	21,5	„
„	„	1930/31	„	„	100	„	29,25	„

Diese Zahlen entsprechen dann etwa den Angaben der Literatur, werden sogar teilweise von diesen übertroffen. Hervorgehoben sei allerdings noch einmal, daß wir zu diesen letzten Zahlen über das Verhältnis der Fehlgeburten auf 100 Entbindungen nur auf Grund von Berechnungen gelangt sind, die sich auf die Annahme stützen, daß alle 40032 durch die Klinik behandelten Frauen ebenso oft geboren haben wie die 12245 Frauen, die abortiert haben und deren Zahlen über die Geburten wir direkt aus den Krankengeschichten entnommen haben.

Zusammenfassend läßt sich über unsere Untersuchung zu dem Thema „Fehlgeburt und Lebensalter" folgendes sagen:

In einer ganzen Reihe von einzelnen Untersuchungen haben wir die verschiedensten Beziehungen von Aborten, Geburten und Graviditäten bei den Frauen, die in den Jahren 1900 bis 1931 in die Behandlung der Universitätsfrauenklinik Berlin gelangten, auf Grund der Krankengeschichten durchforscht. Wir haben dabei Frauen mit bestimmtem Alter zu Altersgruppen zusammengefaßt und innerhalb dieser Gruppen verfolgt, wie sich die verschiedenen Ergebnisse über Abort, Gravidität und Geburt bei diesen Frauen im Laufe der untersuchten Jahre verändert haben. Wenn wir nun die Fülle der Einzelergebnisse überschauen und daraus die hauptsächlichsten Entwicklungslinien entnehmen und im Laufe der Jahre verfolgen, können wir auf Grund unserer Untersuchungen der 40032 Krankengeschichten der Universitätsfrauenklinik Berlin über das Thema „Fehlgeburt und Lebensalter" und die damit zusammen hängenden Fragen folgendes sagen:

Auch bei unseren Untersuchungen an Hand der Krankengeschichten, bei denen wir die Vorgeschichte und den jeweiligen Anlaß der Klinikbehandlung für die zahlenmäßige Bestimmung von Fehlgeburten, Entbindungen und Schwangerschaften berücksichtigt haben, sehen wir im Laufe der ersten 31 Jahre dieses Jahrhunderts einen Rückgang der Geburten und Konzeptionen, die im Durchschnitt auf eine Frau entfallen (Aufstellung 11 und 13). Wir finden hier also eine Entwicklung, die aus anderen Statistiken zum Beispiel für ganz Deutschland schon bekannt war. Nur in der Gruppe der jüngsten Frauen bis zu 20 Jahren zeigen die Zahlen in den Jahren 1930/31 einen geringen Anstieg, den ich aber nicht durch eine tatsächliche Zunahme der Geburten und Konzeptionen der betreffenden Bevölkerungskreise dieses Alters erklären möchte, sondern den ich damit begründen möchte, daß aus verschiedenen, vorher angeführten Gründen mehr junge Frauen zur Entbindung in die Klinik kamen als früher.

In Bezug auf die Aborte liegen die Dinge nicht so einfach und klar. Der Anteil der Frauen, die abortiert haben, unter der Gesamtheit der Frauen (Aufstellung 6) sinkt bei der Mehrzahl der Altersgruppen ab, nur bei den jüngsten Frauen steigt der Anteil der Frauen mit Aborten sehr an, es kommen also um 1930 relativ mehr junge Frauen mit Aborten zur Klinik als um 1900. Daß alle übrigen Frauen 1931 relativ weniger Frauen mit Aborten stellen als um 1900, ist nach unseren früheren Ausführungen aber nun nicht dadurch zu erklären, daß in diesen Altersgruppen zuletzt weniger abortiert beziehungsweise abgetrieben wird, um mehr Schwangerschaften als früher auszutragen. Es steigt bei diesen Frauen nicht etwa der Gebärwille an, sondern man bedient sich nur eines anderen Mittels zur Geburtenbeschränkung, nämlich der Konzeptionsverhütung. Das bewies uns ja der Rückgang der Konzeptionen in der Aufstellung 11.

Nach der Aufstellung 5, in der wir den Anteil der Frauen mit Aborten unter den Frauen derselben Altersgruppen errechnet haben, also nicht wie in Aufstellung 6 auf die Gesamtheit der Behandelten bezogen haben, steigt der Prozentsatz der Frauen mit Aborten unter den jüngsten Frauen beständig an, bei allen übrigen Altersgruppen dagegen fällt er von 1900—1931 ab. Hiermit finden wir die in der Einleitung ausgesprochene Vermutung bestätigt, daß in den letzten Jahren mehr jüngere Frauen im Beginn ihrer Geschlechtstätigkeit abortieren beziehungsweise abtreiben als früher, und daß unter den älteren Frauen um 1900 mehr abortiert haben als jetzt. Daß diese beiden Entwicklungslinien, die entgegengesetzt verlaufen, im Grunde genommen dieselbe Ursache haben, nämlich den Rückgang des Gebärwillens, der sich nur auf verschiedene Weise betätigt, habe ich im Vorangehenden mehrfach betont.

In derselben Richtung liegen die Ergebnisse über die Aborthäufigkeit (Aufstellung 8 und 9), wenn sie auch nicht eine so in die Augen springende Veränderung im Laufe der Jahre bieten wie die bisherigen Untersuchungen.

Auch die sogenannte Abortziffer, die das Verhältnis von Abort zu Gravidität angibt (Aufstellung 12), fällt bei allen Altersgruppen bis auf die der jüngsten Frauen ab und zeigt damit dieselbe Entwicklung wie die Werte, die das Verhältnis zwischen Abort und Geburt ausdrücken (Aufstellung 14).

Unsere Untersuchungen über das Thema „Fehlgeburt und Lebensalter" bestätigen also die auch sonst gefundene Tatsache, daß der Gebärwille in Deutschland im Laufe der letzten Jahrzehnte erschreckend zurückgegangen ist. Nach unseren Zahlen ist es aber weniger die Abtreibung, die den Geburtenrückgang bewirkt, wie man es sonst allgemein annimmt, sondern man bedient sich besonders in den letzten Jahren immer mehr der Konzeptionsverhütung, um die Geburtenzahl einzuschränken.

Beide Wege der Geburtenbeschränkung, sowohl die Abtreibung als auch die Konzeptionsverhütung haben nun dazu geführt, daß Deutschland im Jahre 1933 nur noch 14,7 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner hatte. Frankreich, das „klassische" Land des Geburtenrückgangs hatte in demselben Jahr noch 17 Geburten auf 1000 Einwohner. Bei den deutschen Großstädten betrug dieselbe Zahl 1933 sogar nur noch 10,9. Burgdörfer sagt in seinem schon in der Einleitung angeführten Buch „Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung" zu diesen Zahlen: „Der scheinbar noch bestehende Geburtenüberschuß ist nicht mehr vorhanden, wenn man statt der rohen Geburten- und Sterbeziffern, die wegen des abnormen Altersaufbaus des Volkes kein rechtes Bild geben, die „bereinigten" Zahlen nimmt. Die Gebärleistungen der Frauen reichen schon heute nicht mehr aus, um auch nur die Erhaltung der heutigen Bevölkerungszahl zu gewährleisten".

Dieser „biologischen Selbstverstümmlung" unseres Volkes hat nun fast im letzten Augenblick die neue Regierung den Kampf angesagt. „Es muß wieder als verwerflich gelten, gesunde Kinder der Nation vorzuenthalten", sagt Adolf Hitler in „Mein Kampf". Welchen Erfolg die Erziehungsarbeit des Volkes schon aufweist, haben wir an anderer Stelle bereits angedeutet. Das 1. Vierteljahr 1934 zeigt schon wieder 17,2, das 2. Vierteljahr sogar 18,1 Lebendgeburten auf 1000 Einwohner, in den Großstädten steigt dieselbe Zahl auch wieder auf 15,0.

Noch handelt es sich trotz dieser erfreulichen Zahlen erst um einen Anfang, der noch nicht zu solchen optimistischen Vorausbe-

rechnungen berechtigt, wie sie etwa Mussolini kürzlich in Popolo d' Italia veröffentlichte. In 4 Jahren würde die Bevölkerung Deutschlands 70 Millionen erreichen und noch vor 1950 würden es 80 Millionen sein. Es darf dabei nämlich nicht vergessen werden, daß wir wegen des abnormen Altersaufbaus mit seiner Überzahl von alten Menschen in den nächsten Jahren eine Zunahme der Sterblichkeit zu erwarten haben und daß jetzt die durch den Krieg und den Geburtenrückgang zahlenmäßig immer geringer werdenden Generationen den Nachwuchs schaffen müssen. Außerdem muß man berücksichtigen, daß die Zunahme der Geburten in der allerletzten Zeit dadurch entstanden ist, daß Geburten wegen der wirtschaftlichen Erleichterungen durch den Staat gewissermaßen vorweggenommen sind, die in einigen Jahren sowieso erfolgt wären. Es kommt also in Zukunft darauf an, ob die jungen Ehen sich von dem Einkindsystem, zu dem man in Deutschland immer mehr gelangt, abwenden, und ob wieder Familien entstehen, die eine Reihe von gesunden Kindern aufziehen. Nur dadurch kann aus unserem schon sterbenden Volk ein neues aufstrebendes Deutschland werden, in dem Verantwortungsgefühl und Familiensinn leben und die Achtung vor dem ungeborenen Leben und der Wille zum Kinde eine selbstverständliche Pflicht gegenüber Volk und Familie sind.

Literaturverzeichnis.

1. Benthin: „Über kriminelle Fruchtabtreibung". (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Band 77).
2. „ „Die Prognose der Fehlgeburt". (Berliner Ärztekorresp. 1922).
3. E. Bernhard-Basel: „Über die Zunahme der Tubargravidität und ihre Ursachen". 1934.
4. Bleichröder: „Über die Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner städt. Krankenhäusern". (Berliner Klin. Wochenschr. 1914).
5. A. Bluhm: „Zur Frage der generativen Tüchtigkeit der deutschen Frau". (Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie 1912).
6. J. Bornträger: „Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung u. Bekämpfung". Würzburg 1913.
7. E. Bumm: „Über das deutsche Bevölkerungsproblem". Rektoratsrede 1916.
8. „ „Künstlicher Abort". (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 1916).
9. „ „Not und Fruchtabtreibung". (Münch. Mediz. Wochenschr. 1923).
10. F. Burgdörfer: „Das Bevölkerungsproblem, seine Erfassung durch Familienstatistik u. Familienpolitik". München 1917.
11. „ „Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung, die Lebensfrage des deutschen Volkes".
12. „ „Familienstatistik". (Allgem. Statistisches Arch., Band 10).
13. R. Comichan-Jena: „Ein Beitrag zur Abortfrage". (Zentrabl. für Gynäkol. 1929).
14. Credé-Hörder: „Volk in Not!" Das Unheil des Abtreibungsparagraphen. Dresden 1927.
15. Deppe: „Die Abortbehandlung, unter Berücksichtigung der Resultate der Göttinger Universitätsfrauenklinik 1926—29". (Inaug. Diss.).
16. Dietrich: „Zur Bevölkerungspolitik". (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 1919).

17. Engelsmann: „Die Beziehungen zwisch. Geburtenrückgang u. Fehlgeburten". (Verhandl. im internat. Kongreß f. Sexualforschung 1928).
18. „ „Die bevölkerungspolitische Bedeutung der Fehlgeburten". (Klinische Wochenschr. 1925).
19. M. Fassbender: „Des Deutschen Volkes Wille zum Leben". Freiburg i. Br. 1917.
20. K. Freudenberg: „Berechnungeen zur Abtreibungsstatistik". (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 1925).
21. „ „Fruchtbarkeit u. Sterblichkeit der Berliner Verwaltungsbezirke in Beziehung zu deren sozialer Struktur". (Band 1 der Ergebn. der sozialen Hygiene u. Gesundheitsfürsorge 1929).
22. „ „Betrachtungen über den Geburtenrückgang". (Ergebnisse der Gesamten Medizin 1931).
23. „ „Berechnungen über die Häufigkeit der tötlichen Fehlgeburt in Deutschland". (Münch. Mediz. Wochenschr. 1932).
24. G. Gramse: „Die Beziehung des Aborts zum Geburtenrückgang". (Inaug. Dissert. Breslau 1918).
25. J. Grassl: „Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen u. seine Bedeutung". 1914.
26. A. Grotjahn: „Hygiene der menschlichen Fortpflanzung". Berlin, Wien 1926.
27. „ „Geburtenrückgang u. Geburtenregelung". 1914.
28. „ „Eine Kartothek zu § 218". Berlin 1932.
29. M. v. Gruber: „Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückgangs im Deutschen Reich". München 1914.
30. „ „Die Fruchtabtreibung, ihre Ursache, ihre volkshygienische Bedeutung und Mittel zu ihrer Bekämpfung". 1921.
31. C. Hamburger: „Über den Zusammenhang zwischen Konzeptionszustand und Kindersterblichkeit in großstädtischen Arbeiterkreisen". (Zeitschr. für soziale Medizin 1908.
32. „ „Beitrag zur Frage, ob Kinderzahl und Kindersterblichkeit zusammenhängen". (Berlin. Klinische Wochenschr. 1916).
33. Hansberg: „Die Abtreibungsseuche in Deutschland". (Ärztliches Vereinsblatt 1925).
34. K. Hartmann: „Die Häufigkeit des Aborts". (Inaug. Dissert. Marburg 1919).

35. Heynemann: „Uterusperforationen". (Zentralbl. f. Gyn. 1925).
36. J. Hartwig: „Die Fehlgeburten in Lübeck (Stadt) im Jahre 1927". (Archiv f. soziale Hygiene 1928).
37. M. Hirsch: „Fruchtabtreibung u. Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang". Würzburg 1914.
38. „ „Zur Statistik des Aborts". (Zentralbl. f. Gynäkologie 1918).
39. „ „Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit für Schwangerschaft, Geburt". Leipzig 1925.
40. „ „Die Fruchabtreibung, ihre Ursache, ihre volkshygienische Bedeutung u. die Mittel zu ihrer Bekämpfung". Stuttgart 1921.
41. „ Ärztliche Heilkunde u. Geburtenrückgang". Leipzig 1923.
42. „ „Der Geburtenrückgang, ein internationales Problem". (Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, Band 16).
43. F. Hitze: „Geburtenrückgang und Sozialreform". 1922.
44. L. Hoche u. H. Brandenburg: „Der Kampf gegen die Abtreibungsseuche". 1927.
45. Klein: „Über den Einfluß vorhergegangener Aborte auf den Verlauf der Geburten". (Münch. Mediz. Wochenschr. 1927.
46. Kresse: „Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursache u. die Mittel zu seiner Bekämpfung". Berlin 1912.
47. Krohne: „Empfängnisverhütung, künstliche Unfruchtbarkeit u. Schwangerschaftsunterbrechung vom bevölkerungspolitischen u. ärztlichen Standpunkt". (Zeitschr. für ärztliche Fortbildung 1917).
48. Laband: „Zur Frequenz, Ätiologie u. Pathologie der Fehlgeburten". (Inaug. Dissert. Breslau 1912).
49. O. Landsberg: „Statistik der Fehlgeburten". (Allgem. Statistisches Archiv, Band 7).
50. H. Lappin: „Statistik der Aborte der Universitätsfrauenklinik München 1925—26". (Inaug. Dissert. München 1927).
51. Latzko: „Zur Frage der Fruchtabtreibung". (Wiener Medizin. Wochenschr. 1924).
52. L. Lewin: „Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel". 1925.

53. W. Liepmann: „Die Abtreibung". Berlin, Wien 1927.
54. „ „Jugend und Eros. Sexualpsychologische Lebensfragmente junger Menschen". 1930.
55. „ „Über die Bedeutung der Frauenkunde für die Sozialversicherung". (Zentralbl. für Gynäkol. 1928).
56. „ „Jahresberichte des Deutschen Instituts für Frauenkunde".
57. E. v. Liszt: „Die kriminelle Fruchtabtreibung". Zürich 1910/11.
58. Lochte: „Die Fruchtabtreibung u. ihre Bekämpfung". (Deutsche Zeitschr. für die gesamte gerichtliche Medizin 1923).
59. Lonne: „Das Problem der Fruchtabtreibung". 1924.
60. Lorenzen-Jena: „Die Aborte in den Jahren 1910—18. Ein Beitrag zur Statistik der Fehlgeburten". (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Band 53).
61. M. Marcuse: „Die Ehe". Ihre Physiologie, Psychologie, Hygiene, Eugenik. Ein biologisches Ehebuch. Berlin, Köln 1927.
62. „ „Der eheliche Präventivverkehr, seine Verbreitung, Verursachung u. Methodik". Stuttgart 1917.
63. „ „Wandlung des Fortpflanzungsgedankens und Willens". Bonn 1918.
64. „ „Die sexuologische Bedeutung der Zeugungs- u. Empfängnisverhütung in der Ehe". Stuttgart 1919.
65. Maurer: „Aus der Bevölkerungsbewegung der Kriegs- u. Nachkriegsjahre". (Münch. Medizin. Wochenschrift 1924).
66. R. Manschke: „Ergebnisse der Fehlgeburtenstatistik der Stadt Budapest".
67. Medizinalstatistische Mitteilungen, Band 10, 13, 16, 21, 22. Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reich.
68. R. Michels: „Sittlichkeit in Ziffern?" Kritik und Moralstatistik. München, Leipzig 1928.
69. Joh. Müller: „Der Geburtenrückgang". Jena 1924.
70. Nassauer: „Zum Gebärstreik". (Münch. Medizin. Wochenschrift 1919).
71. Nebel: „Über das Verhältnis von Aborten zu den Geburten in Mainz im letzten Dezennium". (Zentralbl. f. Gynäk. 1921).

72. Nevermann: „Zur Statistik des Aborts". (Hamburg) 1926.
73. Nürnberger: „Die Stellung des Aborts in der Bevölkerungsfrage". (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 1917).
74. „ „Bedeutung der Fehlgeburten in der Bevölkerungspolitik". (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1917).
75. Orthmann: „Statistische Beiträge zur Häufigkeit der Fehlgeburten". (Der Frauenarzt. 1914).
76. Peham u. Katz: „Die instrumentelle Perforation des graviden Uterus u. ihre Verhütung". Wien 1926.
77. S. Peller: „Zur Kenntnis des Aborts". (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1918).
78. „ „Offizielle Abortusstatistik u. klinische Kontrollergebnisse". (Wiener Klinische Wochenschrift 1919).
79. „ „Fehlgeburt und Bevölkerungsfrage, eine medizinalstatistische und sozialbiologische Studie". (Hippokrates Bücher, 5) Stuttgart, Leipzig 1930.
80. „ „Studien zur Statistik des Aborts". (Zentralbl. für Gynäkologie 1929).
81. F. Prinzing: „Handbunch der medizinischen Staistik". Jena 1931.
82. „ „Statistik der Fehlgeburten". (Archiv für Frauenkunde u. Eugenetik. 1914).
83. Polano: „Beitrag zur Frage der Geburtenbekämpfung". (Zeitschr. für Geb. u. Gynäk. Band 79).
84. Reifferscheid: „Über den Geburtenrückgang und die Zunahme der Fruchtabtreibung in Deutschland". Zeitschr. für Hebammen 1935).
85. Richter: „Die Bevölkerungfrage". (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1916).
86. Riese: „Soziales u. Sozialpsychologisches der Geburtenpolitik". Statistik der Sozial- u. Sexualberatungsstelle Frankfurt a/M. 1926.
87. E. Roesle: „Der Geburtenrückgang, seine Literatur und die Methodik seiner Ausmaßbestimmung". Leipzig 1914.
88. „ „Die Magdeburger Fehlgeburtenstatistik 1924". (Archiv. f. soziale Hygiene u. Demographie. 1926.

89. E. Roesle: „Die Ergebnisse der Magdeburger Fehlgeburtenstatistik im Statistischen Jahrbuch der Stadt Magdeburg 1927".
90. „ „Die Präfertilität und Sterblichkeit der ledigen Frauen nach dem Kriege". (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1929).
91. „ „Bevölkerung, Natalität und Mortalität 1923—25 im Deutschen Reich".
92. Rosenthal-Deussen: „Geburtenhäufigkeit, Kindersterblichkeit und Fehlgeburt". (Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung 1928).
93. Ruge: „Über die Zunahme der Aborte". (Zeitschr. für Geb. u. Gynäk. 1916).
94. Schaeffer: „Über die Häufigkeit der Fehlgeburten". (Der Frauenarzt 1914).
95. R. Schäffer: „Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang". (Zeitschr. für Geb. u. Gynäk. Band 74).
96. Schottelius: „Aborte u. Geburtenziffern in Hamburg". Zentralbl. für Gynäkologie 1921).
97. Siegel: „Gewollte u. ungewollte Schwankungen der weiblichen Fruchtbarkeit". Berlin 1917.
98. „ „Abort und Geburtenrückgang". (Zentralbl. für Gynäkologie. 1917).
99. Statistische Jahrbücher des Deutschen Reiches.
100. W. Stoeckel: „Lehrbuch der Geburtshilfe".
101. Stumpf: „Forensische Geburtshilfe". (Winkels Handbuch der Geburtshilfe).
102. W. Thorn: „Geburtenrückgang". (Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe u. Gynäk. 5. Jahrgang).
103. „ „Über die Ursachen des Geburtenrückgangs u. die Mittel zu seiner Bekämpfung". Wiesbaden 1912.
104. Veerting: „Mutterpflichten gegen die Ungeborenen". 1915.
105. S. Vollmann: „Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit, ihre Gefahren, ihre Ursachen, ihre Bekämpfung". Leipzig 1925.
106. E. Weinzierl: „Die uneheliche Mutterschaft. Eine sozialgynäkologische Studie". Berlin, Wien 1925.
107. J. Wolf: „Die neue Sexualmoral und das Geburtenproblem unserer Tage". Jena 1928.
108. „ „Zur Beobachtung der Fehlgeburten". (Allgem. Statistisches Archiv 1925).
109. „ „Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit". Jena 1912.

110. Würzburger: „Der Geburtenrückgang u. seine Statistik". (Schmollers Jahrbuch 1914, 38. Jahrgang).
111. „ „Rückblick auf die Literatur des Geburtenrückgangs". (Soziale Praxis, 25. Jahrgang).
112. Wyder: „Die kriminelle Fruchtabtreibung u. ihre Bekämpfung". (Schweiz. Med. Wochenschr. 1924).
113. F. Zahn: „Die Deutsche Familie u. der Wiederaufbau unseres Volkes". (Allgem. Statsit. Archiv 1926).
114. „ „Vergroßstädterung u. Sexualethik". 1931.
115. H. Zachert u. W. E. Richter: „Spätschädigungen nach Abort". (Universitätsfrauenklinik Innsbruck).

Lebenslauf.

Am 23. April 1907 wurde ich in Küstrin als 7. Kind des jetzigen Eisenbahninspektors i. R. Paul Friese geboren. Ich bin evangelisch und arischer Abstammung. Nach bestandener Reifeprüfung Ostern 1926 in Berlin (Friedrich-Wilhelmgymnasium) studierte ich hier Medizin. Ein klinisches Semester verbrachte ich Tübingen. In Berlin bestand ich 1928 die ärztliche Vorprüfung und Ende Februar 1932 das Medizinische Staatsexamen mit „gut". Als Medizinalpraktikant war ich in verschiedenen Berliner Universitätskliniken, unter anderem an der Universitätsfrauenklinik, tätig. Nach meiner Approbation am 1. 3. 1933 war ich ein halbes Jahr Assistent am Evangelischen Krankenhaus in Holzminden und seit Oktober 1933 arbeite ich mit einer Unterbrechung von einem viertel Jahr, in dem ich als Assistent eines Landarztes tätig war, im Kreiskrankenhaus Bernburg als Assistent.

An dieser Stelle möchte ich mir erlauben, Herrn Geheimrat Professor Dr. Stoeckel für die freundliche Überlassung des Materials zu dieser Arbeit, Herrn Professor Dr. Frommolt für die Anregung zu der Arbeit und Unterstützung bei ihrer Abfassung und Herrn Oberarzt Dr. Caffier für die Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.